

ELIMINAÇÃO MUNDIAL DA SÍFILIS CONGÊNITA: FUNDAMENTO LÓGICO E ESTRATÉGIA PARA ACÇÃO



Organização
Mundial de Saúde

Catálogo-na-fonte: Biblioteca da OMS:

Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação.

1.Sífilis congênita - prevenção e controle. 2.Sífilis congênita - terapia. 3.Transmissão vertical de doença - prevenção e controle. 4.Diagnóstico pré-natal - utilização. 5.Efeitos psicossociais da doença. 6.Cuidado pré-natal. - utilização. 7.Prestação integrada de cuidados de saúde. 8.Programas nacionais de saúde. 9.Diretrizes. I.Organização Mundial da Saúde.

ISBN 978 92 4 859585 1

(NLM classification: WC 161)

© Organização Mundial de Saúde 2008

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial de Saúde podem ser pedidas a: WHO Press, Organização Mundial de Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a WHO Press, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial de Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tampouco questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial de Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com exceção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registrada.

A Organização Mundial de Saúde tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem qualquer garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização do material cabe ao leitor. A Organização Mundial de Saúde não será em nenhum caso responsável por danos causados pela sua utilização.

Impresso em

Índice

Abreviações e acrónimos	i
Agradecimentos	ii
Síntese	iii
1. Introdução	1
2. A sífilis durante a gravidez	3
2.1 A sífilis em adultos	3
2.2 Impacto da sífilis materna na gravidez	3
2.3 A sífilis em mulheres grávidas: a magnitude do problema	5
3. Intervenções para evitar a sífilis congénita	7
3.1 Diagnóstico	7
3.2 Tratamento	8
3.3 Custo-eficácia	8
4. Desafios em prevenção de sífilis congénita a diferentes níveis do sistema de saúde	10
4.1 Avaliação dos programas	10
4.2 Serviços de saúde: estudos de casos na África do Sul, Bolívia e Quênia	11
4.3 Trabalhar com a comunidade	12
4.4 Abordar os desafios: os quatro esteios de uma estratégia de eliminação da sífilis congénita	13
5. Objectivos para a eliminação da sífilis congénita	14
5.1 Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio	14
5.2 Objectivo global: Eliminação mundial da sífilis congénita como um problema de saúde pública	14
5.3 Objectivo específico: prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho	14
6. Linhas gerais de orientação para acção a nível de país	15
6.1 Processo dirigido pelo país	15
6.2 Abordagem integrada	15
6.3 Abordagem de diagnóstico e tratamento baseada em direitos	15
6.4 Parceria e colaboração	15
7. A estratégia	16
7.1 A nível internacional	16
7.2 A nível de país: os quatro esteios	16
8. Papéis e responsabilidades	19
8.1 Papel da OMS a nível mundial: liderança	19
8.2 Papel da OMS a nível da região: liderança e apoio técnico	19
8.3 Papel da OMS a nível nacional: assistência técnica	19
8.4 Papel dos países na implementação da estratégia	20
Referências	22
Anexo 1. Testes para adultos e sífilis congénita	24
Anexo 2a. Normas para prevenção da transmissão de sífilis de mãe para filho	27
Anexo 2b. Normas para cuidados e tratamento da sífilis congénita em recém-nascidos	33
Anexo 3. Metas e indicadores	37

Abreviações e acrónimos

i

IEC	Informação, educação, comunicação
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
DALY	Anos de Vida Adaptados a Incapacidade
IgG	Imunoglobulina G
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PAHO	Organização Pan-Americana da Saúde
PMTCT	Prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho
RHR	Departamento da OMS sobre Saúde e Investigação Genéticas
RPR	Teste reagínico serológico rápido
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno-Infantil
TPHA	Teste de hemaglutinação do <i>Treponema pallidum</i>
TPPA	Teste de aglutinação do <i>Treponema pallidum</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VDRL	Laboratório de Investigação de Doenças Venéreas
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Síntese

A sífilis continua a ser um problema mundial, avaliando-se em 12 milhões o número de pessoas infectadas todos os anos, apesar de existirem medidas de prevenção eficazes como preservativos, e opções de tratamento eficazes e relativamente baratas. As mulheres grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao feto, causando sífilis congénita, com consequências graves para a gravidez em 80% dos casos. Calcula-se que anualmente dois milhões de casos de gravidez são afectados; cerca de 25% destes casos resultam em nados-mortos ou abortos espontâneos, e outros 25% de recém-nascidos têm baixo peso à nascença ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal. Contudo, o fardo da sífilis congénita ainda é geralmente subestimado.

Ao contrário de muitas infecções neonatais, a sífilis congénita é uma doença evitável que pode ser eliminada graças a detecção pré-natal eficaz, e tratamento das mulheres grávidas infectadas. A eliminação da sífilis congénita reduziria o número de abortos, nados-mortos, lactentes prematuros e de baixo peso à nascença, e mortes perinatais, contribuindo assim para atingir os

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em saúde materno-infantil.

Com intervenções relativamente simples orientadas para cuidados a mães e recém-nascidos, é possível obter-se uma grande redução em sífilis congénita. As bases para prevenção da sífilis congénita já estão estabelecidas em muitas partes do mundo: a maioria dos países têm linhas gerais de orientação para controlo universal de sífilis pré-natal; os níveis de consultas pré-natais são geralmente altos; os testes de detecção são baratos e podem ser realizados a nível de cuidados primários de saúde; o tratamento com penicilina não é caro; e o medicamento está na lista dos medicamentos essenciais de todos os países. Contudo, apesar de todos estes factores, a sífilis congénita ainda causa um grande fardo de doença.

O objectivo global da presente iniciativa é a eliminação da sífilis congénita como um problema de saúde pública. Isto pode ser conseguido com redução da prevalência de sífilis em mulheres grávidas e prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho. A estratégia da OMS para eliminação da sífilis congénita apoia-se em quatro esteios (ver Caixa 1).

Caixa 1. Quatro esteios para eliminação da sífilis congénita

Esteio 1:

- **assegurar empenho político e promoção sustentáveis.**

Esteio 2:

- **aumentar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materno-infantis.** Assegurar que todas as mulheres grávidas fazem a detecção e são devidamente tratadas, e diminuir a frequência de oportunidades perdidas de detecção fora do âmbito de cuidados de saúde destinados a mães e recém-nascidos.

Esteio 3:

- **despistar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros.** Os testes de diagnóstico da sífilis actualmente disponíveis são eficazes, de custo acessível e exigem um mínimo de apoio logístico. Todas as mulheres infectadas e seus parceiros devem ser tratados, assim como os recém-nascidos de mães infectadas e não tratadas durante a gravidez.

Esteio 4:

- **estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação.** Melhorar os sistemas de vigilância, desenvolver indicadores e reforçar os sistemas de monitorização e avaliação.

Os quatro princípios orientadores de acção a nível de país para controlar a sífilis congénita são:

- O processo deve ser **impulsionado pelo país**, entrando em linha de conta com as condições culturais, epidemiológicas e de cuidados pré-natais específicas;
- Adopção de uma **abordagem integrada**, ligada a outros serviços de saúde para mães e recém-nascidos (prevenção da transmissão de mãe para filho do vírus de imunodeficiência humana (VIH), controlo do paludismo, etc.), iniciativas para saúde sexual e reprodutiva (programas de luta contra a úlcera genital e outras infecções sexualmente transmissíveis), e serviços de cuidados primários de saúde;
- Aplicação de uma **abordagem baseada em direitos**, dando às mulheres o direito a informação, aconselhamento e confidencialidade;

- **Parceria e colaboração** são essenciais para a melhor utilização possível dos recursos disponíveis.

Para reduzir e eventualmente eliminar a sífilis congénita como problema de saúde pública, é preciso maior promoção e consciencialização a nível internacional e nacional, juntamente com um empenho constante pela implementação das acções simples e eficazes necessárias. São fortemente desejáveis acções coordenadas para prestação de um pacote total de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos (por exemplo, combinar detecção e tratamento de VIH, paludismo e sífilis com outros esforços destinados a melhorar a saúde de mulheres grávidas). Os esforços para eliminar a sífilis congénita beneficiariam com a detecção simultânea de infecções de sífilis na população em geral.

1. Introdução

Desde a descoberta da penicilina, a sífilis pode ser, não só evitada como também tratada. Apesar disso, continua a ser um problema mundial calculando-se haver todos os anos uns 12 milhões de pessoas infectadas. As mulheres grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao seu feto, causando sífilis congénita, com consequências graves para a gravidez em 80% dos casos.¹ Contudo, opções eficazes de pesquisa e tratamento podem evitar e eventualmente eliminar a sífilis congénita. Com o actual enfoque internacional sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (ver Caixa 2), temos uma oportunidade única para mobilizar acções destinadas a evitar, e subsequentemente eliminar, a sífilis congénita.

A sífilis congénita é uma doença grave mas evitável, que pode ser eliminada com detecção eficaz em mulheres grávidas e tratamento das infectadas. Há mais recém-nascidos afectados por sífilis congénita do que por qualquer outra infecção neonatal, incluindo pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e tétano, que actualmente estão a receber atenção mundial.² Contudo, o fardo da sífilis congénita ainda

é subestimado tanto a nível internacional como nacional.¹ Ao contrário de muitas infecções neonatais, a sífilis congénita pode ser realmente evitada com diagnóstico e tratamento das mulheres grávidas, o que também dá benefícios imediatos para a mãe e permite que se detecte e se ofereça tratamento a parceiros potencialmente infectados.

Foi claramente demonstrado que a detecção e titulação das reaginas séricas na sífilis em mulheres grávidas, seguida de tratamento das mulheres com título reagínico positivo, é uma intervenção eficaz, de baixo custo e viável para prevenção da sífilis congénita e melhoramento da saúde infantil.³ Em 1995, a Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO) lançou uma campanha na Região para reduzir a taxa de sífilis congénita nas Américas para menos de 50 casos por 100 000 nados-vivos. A estratégia era: (1) aumentar a disponibilidade de cuidados pré-natais; (2) estabelecer testes serológicos de rotina para detecção de sífilis durante cuidados pré-natais e parto; e (3) promover o tratamento rápido das mulheres grávidas infectadas.⁴

Caixa 2. Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), aprovados por todos os Estados Membros das Nações Unidas em 2001, incluem três objectivos relacionados com a saúde materno-infantil.

ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil

- Reduzir de dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos.

ODM 5: Melhorar a saúde materna

- Reduzir de três quartos, entre 1990 e 2015, a proporção de mortes maternas.

ODM 6: Lutar contra o VIH/SIDA, paludismo e outras doenças

- Parar em 2015, e principiar a inverter, a propagação do VIH/SIDA.
- Parar em 2015, e principiar a inverter, a incidência de paludismo e outras doenças importantes.

Vários estudos “mais avançados” sobre sífilis materna e congénita foram recentemente publicados no *Boletim da Organização Mundial de Saúde* para realçar o problema da sífilis congénita e promover acção para a sua eliminação em todo o mundo.⁵ O Grupo Consultivo Científico e Técnico do Departamento da OMS de Saúde e Investigação Genésicas (RHR) aprovou uma estratégia para a eliminação mundial da sífilis congénita, e a eliminação da sífilis congénita está incluída no plano de trabalho do Departamento para 2004–2009.

As bases da prevenção da sífilis congénita já estão estabelecidas em muitos países: a maioria tem directivas para detecção pré-natal universal da sífilis; os níveis de consulta pré-natal são geralmente altos, os testes de detecção são baratos e tecnicamente viáveis, mesmo a nível de cuidados primários de saúde (isto é especialmente o caso com os novos testes rápidos); o tratamento com penicilina não é caro; e esta faz parte da lista de medicamentos essenciais de todos os países. Contudo, apesar de todos estes factores, a sífilis congénita ainda causa um grande fardo de doença.

Para evitar a sífilis congénita, há necessidade de uma maior tomada de consciência a todos os níveis dos serviços de saúde, incluindo entre decisores, responsáveis de saúde pública e prestadores de cuidados, em relação à amplitude e gravidade da sífilis, especialmente entre mulheres grávidas e crianças. Além disso, os utilizadores de serviços em comunidades alvo devem receber informações sobre

a doença e ser convencidos de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde de mulheres e crianças. A mobilização comunitária, através dos media ou de abordagens baseadas na comunidade, pode ser importante para informar o público sobre a questão, e estimular a procura de meios de detecção da sífilis. O ideal seria que os testes de pesquisa da sífilis fossem prestados como parte de um pacote de serviços de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos (por exemplo, a iniciativa Tornar a Gravidez Mais Segura que combina detecção e tratamento para VIH/SIDA, paludismo e sífilis).

A incidência de sífilis congénita pode ser reduzida de maneira importante com um conjunto relativamente simples de intervenções existentes. Contudo, enquanto a sífilis for prevalente entre adultos, o potencial de transmissão congénita continuará alto. Assim, a eliminação sustentável da sífilis congénita exige esforços coordenados para reduzir simultaneamente as taxas de sífilis infecciosa.

Este documento destina-se a decisores em países e organizações multilaterais, assim como outras partes interessadas, doadores e fundações implicadas em questões internacionais de saúde. Fornece as bases e o fundamento lógico para estratégias internacionais e nacionais destinadas à eliminação da sífilis congénita. Em primeiro lugar, é preciso chegar a acordo consensual sobre os objectivos a curto e a longo prazo, e implementar a estratégia que é simples e realizável.

2. A sífilis durante a gravidez

2.1 A sífilis em adultos

A sífilis é uma doença sistémica, sexualmente transmissível, causada pela espiroqueta bacteriana *Treponema pallidum*. Não tratada na fase primária aguda, torna-se uma doença crónica.

A sífilis apresenta três fases:

- A *fase primária* começa normalmente 21 dias (pode ser entre 10 e 90 dias) depois da infecção; a pessoa infectada desenvolve uma úlcera genital indolor que dura 2–6 semanas;
- A *fase secundária* é caracterizada por uma erupção cutânea em todo o corpo, muitas vezes com febre e dores musculares. Esta fase também dura 2–6 semanas e é seguida de uma fase latente de muitos anos, durante os quais não existem sinais nem sintomas.^a Contudo, mesmo durante a fase latente, as espiroquetas podem ocasionalmente circular no sangue embora com o decorrer do tempo isto seja menos frequente; o resultado é que virtualmente todos os órgãos do corpo podem ficar infectados;
- A *fase terciária* ocorre vários anos ou décadas depois da infecção e pode tomar a forma de neurosífilis (em que é afectado o cérebro ou a medula espinal), sífilis cardiovascular (implicando a aorta e o coração), ou sífilis benigna tardia (implicando essencialmente a pele). Sem tratamento antibiótico, estas complicações irão aparecer em cerca de 40% das pessoas com infecção latente.^b

2.2 Impacto da sífilis materna na gravidez

Os organismos responsáveis pela infecção (*T. pallidum*) presentes no sangue de uma mulher grávida podem ser transmitidos ao feto, especialmente na fase recente da infecção (denominada sífilis recente).^a A maioria das mulheres com

infecção de sífilis inferior a um ano, transmitirão a infecção ao feto. Embora a infecção possa ser transmitida a partir de nove semanas de gestação, a transmissão tem normalmente lugar entre a 16^a e a 28^a semana de gravidez.

A probabilidade de transmissão está directamente relacionada com a fase de sífilis materna durante a gravidez, ou a fase de gravidez quando a infecção é adquirida. Na sífilis materna recente a proporção da transmissão da mãe para o feto pode chegar a 80%, enquanto na sífilis tardia a infectividade diminui.⁶ A concentração de espiroquetas no sangue é mais alta durante os dois primeiros anos após a infecção e depois diminui lentamente devido à imunidade adquirida. Assim, o risco de infectar parceiros sexuais é maior durante os dois primeiros anos, depois cessa virtualmente embora continue a existir o risco de transmissão materno-fetal. O desenrolar da infecção materna não parece ser alterado pela gravidez.⁶

Como pode levar 10 a 45 dias para a infecção da sífilis ser detectada por meio de análises de sangue, um teste negativo inicial não garante ausência de infecção. As mulheres grávidas cujo primeiro teste é negativo devem ser sujeitas a novo teste mais tarde na gravidez ou no parto. Dados sobre a incidência de sífilis congénita entre nados-vivos são limitados por muitas razões, incluindo dificuldades de diagnóstico, ocorrência de infecções assintomáticas, e ausência de sistemas de vigilância ou de notificação. Embora haja variações consideráveis na maneira como são notificadas, as complicações da gravidez em mulheres infectadas com a sífilis incluem geralmente aborto espontâneo, morte perinatal, baixo peso à nascença (incluindo nascimento prematuro), e infecção neonatal com sífilis.^{7–10}

Para avaliar as complicações da gravidez em mulheres infectadas com a sífilis foram propostos vários modelos, com as estimações resultantes variando de 50% a 80%.^{7–10} Os Quadros 1 e 2 apresentam a gama de complicações notificadas ou estimadas de sífilis materna não tratada e o número estimado de casos anuais de sífilis congénita.

^a Para fins de tratamento, a sífilis divide-se em sífilis recente (com menos de um ano) e sífilis tardia.

^b Com a utilização generalizada de antibióticos, a ocorrência de sífilis terciária é agora menos corrente.

Quadro 1.
Taxas de consequências adversas de sífilis materna não tratada

Consequência da gravidez	Estudo					
	Harman ⁹	Ingraham ¹¹	Schulz et al. ^{8, a}	Hira et al. ^{7, b}	Watson Jones ^{10, c} et al.	Carga mundial de ITS*
Nado-morto ou aborto	17%	22%	30–40%	22%	25%	20%
Morte perinatal	23%	12%	10–20%	Ausência de dados	Ausência de dados	15%
Lactente infectado	21%	33%	10–20%	2%	No data	20%
Prematuro ou baixo peso à nascença	Ausência de dados	Ausência de dados	Não estudada	33%	25%	20%
Qualquer consequência adversa	61%	67%	50–80%	57%	49%	75%

^a Estimativas de um modelo matemático.

^b Este estudo subestima a infecção neonatal pois todos os lactentes de mães serorreactivas foram tratados quando nasceram.

^c Este estudo limitou-se a mães serorreactivas com título alto (RPR \geq 1:8) que representavam 73% de todas as mulheres com sífilis activa.

* Dados de Global Burden of Disease 2000, Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Quadro 2.
Estimativas da incidência anual de sífilis congénita

Proporções de mulheres seropositivas com:	Modelo conservador (Watson-Jones et al.) ¹⁰	Modelo intermédio (Schulz et al.) ⁸	Modelo menos conservador (Fardo Mundial de doenças, OMS, 2000)
a. Sífilis não tratada	0,95 ^a	1,0	1,0
b. Título serológico alto (\geq 1:8)	0,73	–	–
c. Consequências indesejáveis devido a sífilis	0,49	0,65	0,75
Número total mundial de casos de sífilis congénita ^{b, c}	713 600	1 365 000	1 575 000

^a Modificado do modelo Watson-Jones para reflectir a proporção de mulheres seropositivas que não receberam tratamento prévio.

^b Calculado como: 2,1 milhão de casos maternos x A x B x C.

^c Inclui aborto/perda de feto, morte perinatal, parto prematuro/baixo peso à nascença, e infecção neonatal.

2.3 A Sífilis em mulheres grávidas – a magnitude do problema

Não havendo vigilância activa, é difícil calcular com precisão o número anual de mulheres grávidas com sífilis. Estudos realizados nos anos 1970 e 1980, analisados por Hira et al.⁷, mostraram uma vasta gama de valores de seroprevalência entre mulheres grávidas consultando postos de cuidados pré-natais, desde 0,03% na Escócia a 16,0% no Brasil. Contudo, nenhum esforço foi feito para avaliar o número total de mulheres grávidas infectadas em todo

o mundo. Segundo Gerbase et al.¹² a prevalência de sífilis activa em todo o mundo em 1999 podia ser estimada em 12 milhões de casos. Contudo, este valor incluía todas as pessoas com sífilis activa e o número de mulheres grávidas não estava especificado.

Mullick et al. (dados não publicados, 2004) analisou os estudos publicados sobre sífilis materna e confirmou a notificação de grande prevalência em vários países, muito principalmente Etiópia (13%), Suazilândia (13%) e Moçambique (12%) (Quadro 3).

Quadro 3.

Estudos sobre prevalência de sífilis materna 1997–2003

Região da OMS	País	N.º de estudos	N.º de mulheres controladas	Seroprevalência em mulheres grávidas (%)
África	Africa do Sul	28	18 790	1,68
	Benim	3	17 322	0,21
	Burkina Faso	10	6 306	2,81
	Camarões	1	1 201	1,30
	Costa do Marfim	3	3 582	2,74
	Etiópia	31	28 082	0,40
	Gana	4	14 694	2,29
	Malawi	42	32 752	3,67
	Mali	1	549	2,00
	Nigéria	13	68 930	2,35
	Quénia	21	10 463	0,41
	Senegal	1	271	8,40
	Uganda	2	2 379	6,49
	Zimbabué	2	6 967	0,76
Américas	Argentina	1	1 056	1,61
	Brasil	4	4 203	2,15
	Guatemala	1	1 170	0,09
	Haiti	16	7 710	5,75
Ásia do Sudeste	Bangladesh	2	508	2,57
	Índia	1	600	1,00
	Indonésia	1	395	0,80
Europa	Azerbaijão	1	407	1,70
	Finlândia	1	59 112	1,50
Mediterrâneo Oriental	Somália	4	1 538	0,91
	Sudão	1	800	1,50
Pacífico Oriental	China	6	126 032	0,44
	Malásia	1	1 070	0,30
	República da Coreia	4	7 126	0,11
	Papuásia Nova Guiné	1	5 385	7,10
	Samoa Ocidental	1	441	0,40
	Vanuatu	7	1 611	2,42
Total		215	431 452	

Fonte: Base de dados da OMS de estudos sobre prevalência/incidência de IST, 2003.

Contudo, estes valores apoiam-se em estudos publicados que são sujeitos a várias limitações potenciais, incluindo falta de dados por parte de muitos países, maior representação de populações urbanas, amostras pequenas e dependência em mulheres procurando cuidados pré-natais. Assim, é provável que o fardo total de sífilis materna em países em desenvolvimento esteja subestimado.

Mais recentemente, investigadores na OMS elaboraram uma estratégia para avaliar os dados disponíveis de morbilidade materna numa base por país. O esforço da OMS

implica examinar não só documentos publicados mas também os dados nacionais de vigilância de mulheres grávidas obtidos no contexto de programas nacionais de luta contra o VIH. Este trabalho ainda está em progresso, mas tem potencial para fornecer uma estimativa mais abrangente do fardo mundial da sífilis na gravidez. Por exemplo, no Gana, existem 31 relatórios de detecção diferentes sobre seroprevalência da sífilis entre populações de grávidas, implicando avaliação do estado serológico de mais de 28 000 mulheres, com seroprevalência compreendida entre 0% e 0,8%.

3. Intervenções para evitar a sífilis congénita

3.1 Diagnóstico

3.1.1 Sífilis

Existe uma vasta gama de meios para diagnóstico da sífilis (ver Anexo 1), e o assunto foi analisado de maneira abrangente por Peeling et al., 2004.¹³ O diagnóstico tradicional em adultos realizado em laboratório baseia-se na utilização inicial de um teste de detecção não treponémico. Estes testes detectam anticorpos a antígenos reagínicos que se encontram tanto no *T. pallidum* como em certos tecidos humanos. Assim, não são específicos para *T. pallidum*. Exemplos incluem o teste de Laboratório de Investigação de Doenças Venéreas (VDRL) e o teste reagínico serológico rápido (RPR). Quando um teste de detecção dá um resultado positivo, o soro é novamente submetido a um teste treponémico de confirmação utilizando um antígeno de *T. pallidum*; exemplos incluem o teste de hemaglutinação do *T. pallidum* (TPHA) e o teste de aglutinação de partículas de *T. pallidum* (TPPA).

Os testes não treponémicos têm a vantagem de ser baratos e sensíveis (especialmente na fase inicial da infecção); além disso, o teste RPR pode ser realizado rapidamente. Contudo, estes testes não podem ser realizados com sangue total, necessitam de um microscópio ou rotor para processamento e, como a leitura do resultado é subjectiva, é vulgar haver erros em interpretação por técnicos de laboratório sem experiência. Estudos mostram uma grande variação na confiança de resultados de testes não treponémicos.

Os testes treponémicos, embora teoricamente mais específicos que os testes não treponémicos, também podem dar resultados falsamente positivos. Além disso, não podem diferenciar entre indivíduos com sífilis activa (não tratada) e indivíduos previamente tratados com êxito. Nos dois casos, o resultado do teste treponémico será positivo. Por outro lado, os testes não treponémicos podem distinguir entre infecções recentes e infecções antigas tratadas.

Recomenda-se uma combinação dos dois tipos de testes. As análises tradicionais de confirmação exigem equipamento laboratorial caro e competências técnicas e

por isso estão raramente disponíveis fora de laboratórios de referência. Contudo, agora podem ser substituídos por testes treponémicos simples, rápidos e realizados localmente, e que utilizam sangue, exigem um treino mínimo, não necessitam de equipamento especial nem de condições de armazenagem especiais, e custam 0,45–1,40 dólar. Existem agora vários testes rápidos com sensibilidade de 85–98% e especificidade de 92–98% em comparação com testes treponémicos correntes.

O custo aceitável, a conveniência e a facilidade de utilização dos testes treponémicos rápidos fazem com que sejam meios atractivos, não só como testes de confirmação mas também como testes de detecção, de utilização no local em serviços de cuidados primários de saúde ou em zonas onde não existem serviços de laboratório. Contudo, como os anticorpos treponémicos persistem durante anos, sejam os pacientes tratados ou não, estes testes treponémicos rápidos não podem ser utilizados para monitorizar a eficácia de tratamento ou distinguir infecção activa de infecção antiga tratada.

Em zonas com baixa prevalência de sífilis, ou onde previamente não havia controlo, deve considerar-se prestar tratamento presuntivo a quem tenha um resultado positivo no teste treponémico rápido. Em zonas onde a prevalência da sífilis é alta, os testes treponémicos rápidos são menos úteis como testes de pesquisa pois uma grande proporção de pessoas terão anticorpos devido a infecção antiga tratada. Contudo, seria preferível tratar as mulheres com teste positivo para não se correr o risco de deixar passar uma infecção materna. De qualquer maneira, seja qual for a prevalência, os testes são muito úteis para identificar mulheres sem sífilis.

3.1.2 Sífilis congénita

A utilização de testes serológicos para diagnóstico de sífilis congénita em lactentes com menos de 15 meses de idade é problemática por causa da transmissão placentária passiva da IgG materna para o feto. Assim, não se recomenda o uso de testes treponémicos em lactentes nascidos de mães infectadas.

3.2 Tratamento

3.2.1 Mulheres grávidas

A sífilis em adultos é fácil de tratar. Dependendo da fase da infecção, o tratamento pode consistir simplesmente numa dose única de penicilina amplamente disponível em serviços de cuidados primários de saúde. Directivas detalhadas sobre tratamento são fornecidas em outros capítulos (ver também Anexo 2a).¹⁴

O tratamento de mães administrado no início da gravidez evita realmente a infecção do feto.⁶ Mesmo em mulheres com sífilis de longa duração, que beneficiariam elas mesmas de três doses semanais de penicilina, uma dose única de penicilina evita a infecção do feto. Estas mulheres têm partos semelhantes aos de mulheres sem sífilis.¹⁰

Os novos e rápidos testes de diagnóstico para sífilis oferecem a possibilidade de tratamento mais eficaz das mulheres em comparação com testes convencionais. Enquanto os testes mais antigos tinham de ser realizados em laboratório, muitas vezes situados longe dos serviços de cuidados primários de saúde, os novos testes podem ser realizados imediatamente no local, o que permite identificar e tratar numa única consulta as mulheres infectadas. Isto deve fazer aumentar de maneira importante o número de mulheres tratadas.

3.2.2 Lactentes

Os lactentes nascidos de mães serorreactivas não tendo recebido tratamento apropriado devem ser tratados segundo os protocolos recomendados pela OMS (ver também Anexo 2b).¹⁵

O diagnóstico da sífilis congénita em lactentes e o tratamento são consideravelmente mais difíceis do que o diagnóstico e tratamento de mulheres grávidas infectadas. Os tratamentos actuais para sífilis congénita implicam administração diária de penicilina por via parentérica durante 10 dias; a hospitalização é muitas vezes indicada para assegurar que o lactente recebe o tratamento completo. Evidentemente que é preferível a prevenção da sífilis congénita, graças a detecção universal em mulheres grávidas no início da gravidez e, se indicado, o seu tratamento.

3.3 Custo-eficácia

As taxas de sífilis baixaram imenso no mundo desenvolvido, discutindo-se a questão de saber se a pesquisa da sífilis em mulheres grávidas devia continuar. Esta questão resultou em avaliações económicas totais na Noruega e no Reino Unido¹⁶, e avaliações parciais na Austrália e no Reino Unido.¹⁷ Utilizaram-se várias abordagens de modelação mas cada análise concluiu que, em relação ao custo, a detecção é eficaz e poupa dinheiro, mesmo quando a prevalência é muito inferior a 1%.² A detecção de casos de sífilis em países desenvolvidos tem uma boa relação custo-eficácia mesmo com prevalência muito baixa pois os custos médicos do tratamento de um caso de sífilis congénita são grandes. A inclusão de custos indirectos ou indefinidos nos modelos ainda aumenta mais a vantagem da eficácia da detecção em relação ao custo.

Em países em desenvolvimento, onde os custos dos programas de cuidados de saúde diferem enormemente dos programas em países desenvolvidos, as avaliações económicas feitas foram poucas. Contudo, na África a sul do Sara, várias análises económicas de custos médicos directos indicaram que a detecção é muito eficaz em relação ao custo, mesmo com prevalência relativamente baixa,¹⁸ e.g. 1%. Em três estudos, o custo (em 2001) de um caso de sífilis congénita evitado era de US\$ 86–177 (US\$ 86 a uma prevalência de US\$ 6,5% e US\$ 177 a uma prevalência de 3,4%) (Quadro 4).

Convertendo casos de sífilis congénita em anos de vida adaptados a incapacidade (DALY), o custo por DALY evitados ia de US\$ 3,97 a US\$ 10,56. Estes custos são extremamente baixos em comparação com outras intervenções largamente implementadas, tornando a prevenção da sífilis congénita uma das intervenções disponíveis mais rentáveis. Na verdade, isto foi a conclusão a que chegou o Banco Mundial em 1993, quando recomendou que a detecção da sífilis congénita devia fazer parte do pacote essencial de saúde.³ O custo relativamente baixo de programas de detecção da sífilis, a 0,93–1,44 dólar por pessoa controlada (Quadro 4) significa que tais programas são economicamente acessíveis excepto nos países mais pobres.

Quadro 4.

Custos (em US\$ aos preços de 2001) de detecção e tratamento e economias conseguidas em quatro estudos sobre custo-eficácia realizados na África, 1986–2001

Tipo de custo	Estudo			
	Hira et al. ⁷	Jenniskens et al. ²¹	Fonck et al. ²²	Terris-Prestholt et al. ¹⁸
Custo por cada mulher detectada	0,93	1,96	1,24	1,44
Custo por cada mulher tratada	22,11	34,26	40,32	20,05
Custo por cada pessoa tratada	11,93	21,82	26,27	14,54
Custo por cada caso de sífilis congénita evitada	158	86	177	
Custo por DALY poupados:				
- análise original pelo autor	3,97	9,84	9,57	ND*
- custo obtido com a aplicação do modelo Terris-Prestholt et al. ¹⁸ na data original	11,28	17,48	18,73	10,56

*ND= não disponível

Os resultados da África a sul do Sara são confirmados por estudos realizados em outros lugares. Na Tailândia, houve uma proporção de custo-benefício de 2,8 mesmo com uma prevalência de 0,07%.¹⁹

Graças à nova tecnologia de diagnóstico, a detecção é ainda mais eficiente. Numa população da África do Sul com uma prevalência de sífilis de 6,3% (1,7% com sífilis grave), a detecção em mulheres realizada no terreno com um teste rápido utilizando tiras imunocromográficas mostrou ser mais eficaz em relação ao custo (US\$ 37 por caso de sífilis congénita evitada) do que o teste RPR realizado no terreno (US\$ 43 por caso evitado) ou do que o envio de amostras a um laboratório (US\$ 111 por caso evitado).²⁰ O teste com a tira também foi o preferido por enfermeiras e pacientes.

A detecção da sífilis utilizando um teste de diagnóstico rápido deve ser combinada com a detecção do VIH e do

paludismo. Seria então ainda mais rentável pois o aconselhamento de pacientes, a recolha de sangue e a execução do teste poderiam ser feitos durante a mesma consulta.

Em resumo, o argumento económico em favor do controlo universal das mulheres grávidas para detecção da sífilis é persuasivo.^{18–20} A detecção é extremamente eficaz e de custo abordável especialmente com a nova, simples e rápida tecnologia de diagnóstico. Os novos testes também podem potencialmente superar muitas das actuais barreiras a serviços. Em conclusão, sinergia entre um programa para detecção de sífilis pré-natal e um programa semelhante para detecção de VIH e paludismo consolidaria os recursos e seria mais eficaz em relação ao custo do que qualquer um desses programas sozinho. Assim, a questão para o mundo em desenvolvimento não é de fazer ou não detecção, mas como a fazer mais eficazmente.

4. Desafios em prevenção de sífilis congénita a diferentes níveis do sistema de saúde

Apesar da disponibilidade de meios de detecção e de tratamento eficaz e barato para mulheres grávidas, e da inclusão de programas de prevenção em cuidados pré-natais em muitos países, a sífilis congénita continua a ser um problema de saúde pública em muitas partes do mundo.

Os resultados apresentados a seguir baseiam-se numa análise de avaliações de programas,²⁵ assim como estudos de casos em três países com programas estabelecidos de cuidados de saúde, incluindo detecção da sífilis, destinados a mães e recém-nascidos. Assinalam alguns dos obstáculos e desafios que necessitam de ser superados ao implementar programas para eliminação da sífilis congénita.

4.1 Avaliação dos programas

Políticas para controlo da sífilis materna e congénita, juntamente com dados epidemiológicos disponíveis, foram analisadas para 13 países com características geográficas, socioeconómicas e epidemiológicas diferentes.²³ Esforços concentrados nos países estudados mostraram níveis de êxito variáveis na diminuição da prevalência de sífilis materna. Concluiu-se que as políticas são tão eficazes quanto o sistema de saúde implementado e seus utilizadores. A implementação bem sucedida de programas de detecção da sífilis depende da identificação dos obstáculos e depois da melhoria da capacidade do sistema de cuidados de saúde para prestar os serviços necessários. O estudo realçou o facto dos países enfrentarem obstáculos realmente semelhantes, alguns dos quais são descritos mais adiante.

4.1.1 Conformidade com as políticas

Embora a detecção pré-natal fosse uma política na maioria dos 13 países, a cobertura real variava imenso. A proporção de mulheres grávidas submetidas a detecção ia de 17–88% na Bolívia, 64–79% no Brasil, 51–81% no Quênia, 43% no Malawi, <5–40% em Moçambique, 83% na República Unida da Tanzânia e 32–83% nos EUA.

4.1.2 Papéis, responsabilidades e obrigações mal definidas

Onde as medidas de detecção da sífilis congénita fazem parte de programas de controlo de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e programas de saúde materno-infantil (SMI), é preciso definir claramente os papéis, responsabilidades e obrigações de cada um para assegurar implementação bem sucedida das intervenções tendo por objectivo a eliminação da sífilis congénita. Exemplos provenientes de países, incluídos no estudo mencionado sobre avaliação de programas com níveis de prevalência de sífilis congénita baixos e altos, que incorporaram políticas de detecção da sífilis congénita nos programas nacionais de saúde materno-infantil, VIH e prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho (PMTCT), ou prevenção de IST, mostraram o êxito de tais intervenções.^{24,25}

4.1.3 Importância da integração de programas e serviços

Não há qualquer dúvida que a integração é a solução para programas sustentáveis e a longo prazo. Contudo, foram observadas várias barreiras à integração, incluindo a existência de programas verticais de luta contra o VIH/IST e de SMI/planeamento familiar (PF).

4.1.4 Acesso a serviços de saúde para mães e recém-nascidos

Os serviços de saúde para mães e recém-nascidos representam muitas vezes a única oportunidade de detecção da sífilis (e outras infecções) em mulheres grávidas. Assim, o acesso, a utilização e a qualidade destes serviços são vitais para o êxito do programa. A cobertura de serviços de saúde para mães e recém-nascidos variava de 24% a 100% nas avaliações analisadas de 13 países. Contudo, a qualidade dos serviços (pessoal, disponibilidade de medicamentos, equipamento) pode ser ainda mais importante do que o acesso. Em países com grande prevalência, observou-se que era frequente a consulta pré-natal ter lugar nos fins da gravidez, com uma média de seis a nove meses de gravidez na altura da detecção.

4.1.5 Detecção e tratamento

O número de mulheres diagnosticadas parece aumentar com a detecção rápida no local; contudo, não fará aumentar a proporção de mulheres devidamente tratadas se os medicamentos necessários não estiverem disponíveis. Taxas de detecção regional em Haiti, Moçambique, Quénia e República Unida da Tanzânia aumentaram com a introdução da detecção no local mas a avaliação mostrou que nestes programas ainda havia obstáculos a tratamento efectivo. Dificuldades com fornecimentos, custos e pessoal treinado, e a não comparência das pacientes para seguimento do tratamento, prejudicaram os programas. Apesar da utilização de testes RPR simples em serviços de detecção no local ou fora, a maior parte dos países tiveram dificuldades de realização. Na Bolívia e no Quénia, descobriu-se que um terço dos testes deram resultados incorrectos devido a serviços inadequados de laboratório ou de formação de técnicos de laboratório.

Apesar de ter sido demonstrado que a detecção no parto diminui o desenvolvimento de sífilis congénita clínica, e de ser recomendada em vários países, raramente era realizada.²⁶

A notificação dos parceiros foi utilizada em todos os países mas o êxito foi variável. Embora parte integrante da detecção das IST, nem sempre era praticada em contextos de renda baixa.

4.1.6 Dados de vigilância

Em todos os países, os dados precisos sobre a prevalência de sífilis congénita e materna eram limitados. Variações em processos de diagnóstico e definições de casos tornaram a comparação difícil, e em contextos de poucos recursos os dados de vigilância eram muitas vezes baseados em estudos locais ou regionais. A falta de dados sobre as taxas de sífilis congénita e materna contribui para a pouca prioridade dada à doença como problema de saúde pública.

4.1.7 Falta de monitorização e avaliação

É importante notar que a maioria dos 13 programas estudados não tinham incluído, nem realizado, qualquer monitorização ou avaliação.

4.1.8 Recomendações resultantes da análise das avaliações dos programas.²³

- Comparar qualquer programa existente de controlo ou de eliminação de sífilis congénita com a estratégia proposta pela OMS, e definida neste documento, para identificar quaisquer lacunas ou problemas de implementação.
- Não existindo actualmente qualquer política local ou subnacional, adaptar o plano de acção proposto pela OMS ao contexto local.
- Criar ligações entre programas de organizações internacionais trabalhando nas áreas de infecções sexualmente transmissíveis e prevenção do VIH e cuidados materno-infantis.
- Assegurar que se presta atenção suficiente à implementação de sistemas abrangentes de monitorização e avaliação para determinar a eficiência e o impacto do programa.
- Promover o empenho de políticos e partes interessadas pelos objectivos de eliminação da sífilis congénita, através dos media e de vários canais de divulgação.
- Os sistemas internacionais e nacionais de vigilância devem ser estandardizados e reforçados para permitir melhor estimativa da amplitude da sífilis em mulheres grávidas e da sífilis congénita.

4.2 Serviços de saúde: estudos de casos na África do Sul, Bolívia e Quénia

Realizaram-se estudos de casos na África do Sul, Bolívia e Quénia, três países onde o controlo da sífilis está integrado em programas pré-natais estabelecidos, com o objectivo de avaliar os programas de detecção da sífilis, demonstrar os seus êxitos e fracassos, e identificar factores facilitando ou inibindo os programas.²⁶ Os resultados destes estudos de casos indicam alguns dos obstáculos e desafios com que deparam os programas de detecção.

- Nos ministérios da saúde, responsáveis de políticas e de tomada de decisões não se apercebiam do problema da sífilis congênita nem da relação custo-eficácia da detecção; gestores de programas não conheciam a amplitude do problema nas suas comunidades e eram incapazes de pôr à disposição os recursos necessários, incluindo planeamento e monitorização, pois a sífilis em mulheres grávidas tinha menos prioridade do que outros problemas de saúde.
- Os prestadores de cuidados de saúde não estavam conscientes das consequências da sífilis em mulheres grávidas nem da sua importância na comunidade; mais ainda, não estavam devidamente treinados em detecção e tinham falta de recursos e de apoio logístico.
- E em último, mas talvez o mais importante, as pessoas da comunidade não tinham consciência da doença e das suas consequências para a criança a nascer; não conheciam os benefícios da detecção nem a necessidade de seguimento da mãe e do lactente, nem da notificação e tratamento de parceiros sexuais.

As principais questões e recomendações resultantes destes estudos de casos são resumidos a seguir.

- **A dificuldade da detecção pré-natal precoce e do tratamento dos casos positivos** pois a maioria das mulheres não consultava os cuidados pré-natais antes dos seis meses de gravidez. As mulheres precisam de ser encorajadas a consultar os serviços de cuidados de saúde no início da gravidez. Há necessidade de um esforço coordenado e combinado para compreender e alterar os comportamentos, assim como da mobilização em grande escala da comunidade.
- **O tempo que demorava para os resultados dos testes ficarem à disposição do prestador de cuidados** variava de algumas horas a quatro semanas. A falta de sistemas de seguimento resultou em muitas mulheres reagindo a testes RPR não voltarem para saber os resultados e obter tratamento. É preciso que o diagnóstico e o seguimento sejam mais eficazes.
- **A falta de directrizes para prestadores de serviços** reflectiu-se na falta de conhecimentos sobre a sífilis congénita e seu tratamento. É preciso dar prioridade a directrizes apropriadas, formação e supervisão.
- **A falta de disponibilidade de medicamentos, cartões de notificação e outros fornecimentos**, assim como a falta de compreensão da importância e das consequências da sífilis em mulheres grávidas e a fraca motivação dos trabalhadores de cuidados de saúde resultaram em cuidados de fraca qualidade. A educação sanitária das pacientes dos serviços de saúde de mães e recém-nascidos era geralmente fraca. Também é preciso melhorar a gestão da logística de fornecimentos.

4.3 Trabalhar com a comunidade

A nível comunitário e preciso fazer esforços para aumentar o acesso e a utilização de serviços de cuidados de saúde materno-infantil e encorajar as mulheres a procurar cuidados no início da gravidez. Os programas de saúde precisam de trabalhar com mulheres, famílias e comunidades para que estas compreendam melhor as necessidades de mães e recém-nascidos, procurar soluções que respondam a tais necessidades e planear serviços.

Os trabalhadores de saúde precisam de compreender as percepções e crenças de mulheres e comunidades em relação à saúde de mães e recém-nascidos, incluindo questões sobre: cuidados de saúde durante a gravidez e problemas de saúde de mulheres grávidas; o estigma associado a doenças sexualmente transmissíveis; o papel dos homens como motivadores ou barreiras à procura de cuidados de saúde; a dinâmica da tomada de decisões familiares; as preferências em cuidados durante a gravidez e as percepções da qualidade dos cuidados dos serviços de saúde. Tais conhecimentos são cruciais para criar estratégias apropriadas para aumentar os conhecimentos sobre saúde, doença e prevenção de doenças, e promover acções apropriadas. Onde as comunidades já estejam implicadas em alianças e parcerias enfocando questões de saúde específicas (como VIH/SIDA), é importante estudar

a maneira de alargar o seu enfoque apoiando-se nesse empenho. Reunir mulheres, famílias e comunidades com prestadores de cuidados de saúde não é um processo fácil mas é essencial para se atingir os objectivos de saúde materno-infantil, incluindo redução da morbilidade e mortalidade.^{27,28}

Em muitas comunidades, trabalhar com parteiras e curandeiros tradicionais pode ser importante para aumentar as consultas aos dispensários de saúde materno-infantil pois muitas mulheres consultam primeiro estes prestadores de cuidados e têm tendência para não misturar cuidados convencionais e tradicionais. Na comunidade, há muitos outros grupos e indivíduos (e.g. parteiras) que podem ser mobilizados para apoiar mulheres e famílias no reconhecimento e resposta às necessidades de saúde de mulheres e seus bebés.

Intervenções baseadas na comunidade, incluindo vigilância, em que os problemas de saúde facilmente reconhecidos são notificados por rotina, também podem ser um meio de monitorização sustentável. Por exemplo, num programa no Equador utilizando esta abordagem, a boubá foi eliminada numa comunidade.²⁹ Para a sífilis congénita, poderia explorar-se a vigilância baseada na comunidade com a participação de parteiras tradicionais notificando casos de nados-mortos e abortos. As informações provenientes da vigilância baseada na comunidade e de outros mecanismos de monitorização devem ser partilhadas com a comunidade

para aumentar os seus conhecimentos e sensibilizar para as necessidades de saúde de mães e recém-nascidos.

4.4 Abordar os desafios: os quatro esteios de uma estratégia de eliminação da sífilis congénita

Nenhum dos desafios acima descritos é insuperável, e todos podem ser eficazmente abordados com empenho político, estabelecimento de prioridades e promoção a todos os níveis. O rastreio em mulheres grávidas e o tratamento de mulheres reactivas ao teste RPR, seus recém-nascidos e seus parceiros podem ser integrados em programas existentes de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos e outras intervenções afins. A combinação da detecção da sífilis com outros esforços, tais como programas de PMTCT e de controlo de IST, poderia resultar em outros benefícios. Com base nos estudos anteriormente mencionados e outros, propõem-se para adopção, adaptação e implementação pelos países, os seguintes quatro esteios de uma estratégia de eliminação da sífilis congénita:

1. Assegurar promoção e empenho políticos sustentáveis;
2. Aumentar o acesso e a qualidade de serviços de saúde para mães e recém-nascidos;
3. Detectar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros;
4. Estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação.

5. Objectivos para a eliminação da sífilis congénita

5.1 Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

Intervenções destinadas a eliminar a sífilis congénita contribuirão directamente para a consecução de três dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) – isto é, redução da mortalidade infantil, melhoramento da saúde materna e luta contra o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças. Isto será conseguido graças a:

- as taxas de mortalidade entre crianças menores de cinco anos serão reduzidas graças à diminuição da incidência de baixo peso à nascença, morte perinatal e infecção congénita;
- a saúde materna será melhorada com menos abortos espontâneos. Além disso, a implementação simultânea de intervenções destinadas a eliminar a sífilis congénita e esforços para controlar as IST na população, reduzirão a incidência de sífilis em mulheres grávidas;
- a detecção sistemática da sífilis em mulheres no âmbito de programas de PMTCT permitirá a realização de testes de detecção em mães e crianças e, se necessário, o seu tratamento devido a infecção por VIH ou a sífilis, melhorando assim a saúde materna e neonatal;
- existem cada vez mais provas de que as IST, incluindo a sífilis, aumentam as probabilidades das mulheres ficarem infectadas com o VIH,³⁰⁻³² e assim o rastreio e tratamento da sífilis ajudará a reduzir o risco de transmissão do VIH.

5.2 Objectivo global: Eliminação mundial da sífilis congénita como um problema de saúde pública

Para a OMS e seus parceiros, o objectivo global em relação com a sífilis congénita é a sua eliminação mundial como problema de saúde pública. A OMS está actualmente a

elaborar métodos para definir um valor correspondente a eliminação da sífilis congénita, entrando em linha de conta com estudos recentemente publicados sobre a sua prevalência. A PAHO definiu a eliminação da sífilis congénita como um problema de saúde pública como correspondendo a uma incidência de 0,5 ou menos casos por 1000 nascimentos (incluindo nados-mortos). Contudo, este limite específico foi calculado para a América Latina em 1995 e pode não ser apropriado para o resto do mundo.

5.3 Objectivo específico: prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho

Um objectivo específico é a prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho. Isto pode ser conseguido com reforço dos programas de cuidados pré-natais de maneira a assegurar:

- cuidados pré-natais precoces para todas as mulheres, com detecção universal da sífilis e tratamento imediato das mulheres infectadas;
- tratamento de todos os parceiros sexuais das mulheres infectadas, promoção da utilização de preservativos durante a gravidez, e aconselhamento a todas as mulheres sobre a maneira de evitar a infecção;
- tratamento profiláctico de todos os recém-nascidos de mães reactivas ao teste RPR com uma dose única de penicilina (Anexo 2b).

Actualmente, esta é a única abordagem realista da eliminação da sífilis congénita devido aos problemas de diagnóstico e à falta de uma definição de caso aplicável de maneira universal.

O Anexo 3 dá exemplos de objectivos e indicadores para monitorização e avaliação de programas de sífilis congénita.

6. Linhas gerais de orientação para acção a nível de país

6.1 Processo dirigido pelo país

Uma estrutura estratégica para eliminação da sífilis congénita deve tomar em consideração a vasta gama de condições culturais, epidemiológicas e de cuidados pré-natais existentes nos países. Assim, a abordagem global precisa de ser rapidamente adaptável a situações locais. Os países têm participado ao desenvolvimento da estratégia e plano de acção para eliminação da sífilis congénita a nível mundial e de região.

6.2 Abordagem integrada

A eliminação da sífilis congénita não deve ser concebida como um programa vertical. Em vez disso, os programas de detecção e tratamento da sífilis devem ser integrados em serviços existentes de saúde para mães e recém-nascidos e, onde indicado, em serviços de cuidados primários de saúde, de planeamento familiar e de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes. Devem ser reforçados os laços entre actividades de eliminação da sífilis congénita e outros serviços, tais como de prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho e de tratamento contra o paludismo.

A OMS está actualmente a elaborar uma iniciativa relacionada para controlo da úlcera mole venérea curável que inclui alvos para tratamento da sífilis. Graças a intervenções bem orientadas, melhor gestão das síndromas e detecção da sífilis em postos de cuidados primários de saúde e de controlo de IST, podem reduzir-se as taxas de úlceras venéreas curáveis, tais como sífilis e cancroide. Os esforços para eliminar a sífilis congénita, expandindo a detecção e tratamento entre mulheres grávidas e seus parceiros, contribuirão por sua vez para controlo da sífilis na população em geral.

Assim, ao elaborar políticas e conceber serviços, deve estudar-se cuidadosamente a maneira de implementar intervenções. A este respeito, recomenda-se consultar as pessoas que prestarão os serviços integrados. A participação de todas as partes interessadas, a análise dos seus papéis e responsabilidades e, se necessário, uma nova atribuição de tais papéis e responsabilidades, serão essenciais para abordar o desafio de integração.

6.3 Abordagem de diagnóstico e tratamento baseada em direitos

Uma abordagem baseada em direitos dos programas de controlo da sífilis congénita asseguraria a mulheres, homens e jovens o direito a informação permitindo proteger-se a si mesmo contra a infecção, informação sobre onde procurar cuidados apropriados, o direito a conhecer os resultados de quaisquer dos seus testes, e o direito a procurar e receber tratamento eficaz.

As abordagens baseadas em direitos também incluem o direito a cuidados da melhor qualidade possível e a cuidados confidenciais e não críticos.

6.4 Parceria e colaboração

Especialmente onde os recursos são limitados, a chave do êxito será a colaboração intersectorial a nível governamental (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, por exemplo, programas baseados na escola, etc.), assim como colaboração e parceria com outros serviços de saúde sexual e reprodutiva e programas de saúde comunitários, geridos por organizações não-governamentais (ONG), doadores bilaterais, fundações e agências das Nações Unidas.

Em muitos países, as ONG chegam a representar 50% dos cuidados de saúde e por isso são partes interessadas importantes, especialmente no caso de instabilidade política, conflitos e urgências complexas. Parcerias com ONG e prestadores de cuidados de saúde comunitários podem acelerar a prestação de serviços e alargar a sua cobertura, especialmente em zonas rurais. Trabalhadores comunitários de saúde podem ser eficazes para promover e encorajar a procura precoce de serviços pré-natais. A participação desde o início de todas as partes interessadas em planeamento e tomada de decisões é importante para assegurar a sua percepção e empenho pelo programa.

A participação da comunidade é crucial para aceitação de programas de saúde e observância das alterações de comportamento recomendadas.

7. A estratégia

7.1 A nível internacional

É preciso lançar acções a nível internacional, implicando as seguintes partes interessadas: representantes de ministérios da saúde, associações profissionais, agências doadoras, organizações multilaterais, agências internacionais de financiamento, organizações regionais, ONG, sector privado e indústria. São necessários esforços específicos para:

- desenvolver um consenso sobre a necessidade de um esforço mundial para eliminar a sífilis congénita, e provocar uma tomada de consciência do problema e da necessidade de agir;
- promover cooperação mundial para desenvolver directrizes e materiais de formação e sistemas apropriados de monitorização e avaliação;
- implicar instituições internacionais e do sector privado em investigação e desenvolvimento de melhores meios de diagnóstico da sífilis e da sífilis congénita;
- promover parcerias internacionais para coordenação de esforços destinados a eliminar a sífilis congénita utilizando uma abordagem integrada;
- mobilizar recursos.

7.2 A nível de paí: os quatro esteios

Os quatro esteios da estratégia destinada a eliminar a sífilis congénita foram definidos na secção 4.4. Apresentam-se a seguir os objectivos de acção a tomar em relação a cada esteio.

Esteio 1: Assegurar promoção e empenho político sustentável para uma iniciativa de saúde bem sucedida

Objectivos

Os esforços nos países devem procurar:

- mobilizar empenho político e promoção graças a parcerias a nível internacional e nacional;
- sensibilizar para o problema da sífilis na gravidez e consequências adversas tais como nados-mortos;

- realçar a importância de ligar a eliminação da sífilis congénita a outros serviços de saúde para mães e recém-nascidos, programas de PMTCT e programas de prevenção de IST;
- demonstrar a relação custo-benefício de intervenções destinadas a evitar a sífilis congénita;
- incorporar mensagens claras sobre os benefícios da procura precoce de cuidados pré-natais em programas de cuidados de saúde materna e neonatal e outros programas pertinentes.

Um programa sustentável só é possível com empenho a todos os níveis. É preciso rever políticas, estratégias e programas nacionais para assegurar a abordagem da sífilis congénita e a implementação de estratégias.

Esteio 2: Aumentar o acesso a serviços de saúde para mães e recém-nascidos e a sua qualidade

2A. Onde existem serviços de saúde materno-infantil

Objectivos:

- aumentar a percentagem de mulheres grávidas consultando serviços de cuidados para mães e recém-nascidos nos inícios da gravidez;
- assegurar o rastreio e o tratamento adequado de todas as mulheres grávidas, e o tratamento dos parceiros sexuais das mulheres infectadas;
- assegurar que todas as mulheres consultando os serviços com possíveis complicações de sífilis (aborto espontâneo, nados-mortos, etc.) fazem os testes de detecção da sífilis e, se necessário, são tratadas;
- maximizar as oportunidades de rastreio em mulheres (assegurar que não há falta de fornecimentos para teste de detecção, tratamento, etc.);
- aumentar o acesso e diminuir as barreiras a cuidados;
- melhorar a qualidade dos cuidados para mães e recém-nascidos (formação de pessoal, parteiras habilitadas, etc.);

- melhorar a qualidade dos cuidados relativos a detecção da sífilis e tratamento de mulheres grávidas (formação de trabalhadores de laboratório, pessoal de cuidados de saúde);
- aumentar a percentagem de mulheres grávidas consultando serviços de cuidados para mães e recém-nascidos;
- melhorar os conhecimentos da comunidade sobre os serviços de saúde e tratamento das IST;
- reunir serviços de saúde para assegurar a disponibilidade de detecção e tratamento para VIH, paludismo e sífilis;
- estabelecer parcerias com prestadores de cuidados de saúde não-governamentais para assegurar cobertura máxima.

2B. Onde não existem serviços de saúde materno-infantil

Objectivos:

- definir um conjunto mínimo de intervenções para prevenção da sífilis congénita;
- realizar uma análise da situação do contexto (partes interessadas, actividades estabelecidas, etc.);
- estabelecer parcerias com ONG capazes de prestar serviços de cuidados de saúde, especialmente em zonas de conflito;
- integrar actividades de controlo da sífilis em outros programas de controlo/eliminação de doenças para populações abandonadas;
- mobilizar comunidades graças a programas de promoção e sensibilização, e desenvolver estruturas de saúde que incluam intervenções específicas contra a sífilis, assim como outras prioridades comunitárias de saúde;
- implementar um programa de educação visando mulheres grávidas sobre questões de saúde sexual e reprodutiva, incluindo IST e sífilis congénita.

Esteio 3: Detectar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros

Cada país precisará de desenvolver as suas próprias estratégias de detecção da sífilis em mulheres grávidas, dependendo da prevalência da doença e do nível dos cuidados de saúde disponíveis.

Objectivos:

- fornecer diagnóstico e tratamento eficazes a todas as mulheres grávidas infectadas e seus parceiros, de preferência nos locais de prestação de cuidados;
- determinar a melhor combinação de testes de diagnóstico rápido no local, juntamente com tratamento no mesmo dia, o que é eficaz, de custo acessível e exigindo apoio logístico mínimo para detecção da sífilis;
- tratar todos os pacientes tendo um teste positivo com um tratamento (pelo menos) de dose única – 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, por via intramuscular;
- submeter a teste e, se necessário, tratar durante o parto as mulheres que não tenham consultado anteriormente serviços de saúde ou que não tenham feito o teste durante a gravidez;
- tratar todos os recém-nascidos de mães infectadas, e de três em três meses fazer o seu seguimento durante o seu primeiro ano de vida;
- assegurar que as mulheres não ficam infectadas durante a gravidez graças a tratamento eficaz de IST, aconselhamento sobre prevenção de IST e utilização de preservativos, e notificação e tratamento de parceiros;
- fazer diagnóstico e tratar, ou utilizar uma abordagem sintomática e tratar úlceras genitais;
- fazer a detecção da sífilis em mulheres consultando postos de tratamento de IST.

Esteio 4: Estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação

Objectivos:

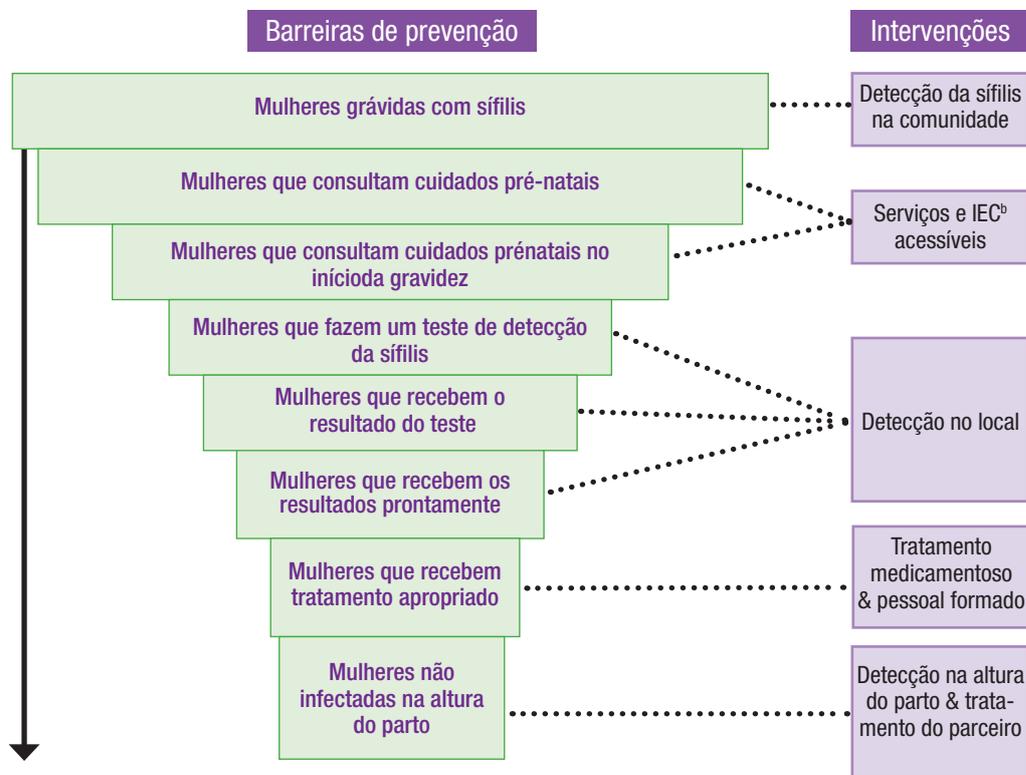
- estabelecer dados de referência e notificação eficaz, como parte integrante do programa tornar a gravidez mais segura e outros programas de saúde materno-infantil;

- identificar e atribuir papéis e responsabilidades para melhorar as obrigações pela eliminação da sífilis congénita;
- desenvolver ou reforçar sistemas para monitorizar o progresso;
- desenvolver ou reforçar sistemas para avaliação de resultados;
- desenvolver ou reforçar sistemas para avaliação da sustentabilidade;
- desenvolver indicadores de qualidade de cuidados, cobertura em detecção e tratamento, e percepção na comunidade, a utilizar como medidas de referência da eficácia de programas de intervenção.

Como o diagnóstico estandardizado de casos de sífilis congénita não é possível em contextos de poucos recursos, a monitorização e avaliação da implementação de programas terão de ser realizadas por meio de indicadores indirectos de processo. Estes indicadores avaliarão o impacto das intervenções implementadas para melhorar a qualidade de cuidados e acesso a serviços (Ilustração 1).

Havendo no futuro disponibilidade de um meio de diagnóstico para sífilis congénita, este poderá ser utilizado para medir o resultado do interesse - incidência de sífilis congénita.

Ilustração 1. Intervenções para não se perder a oportunidade de detectar e tratar mulheres grávidas com sífilis^a



^a A prevenção da sífilis congénita depende da implementação bem sucedida de cada intervenção neste modelo. Cada barra representa um subgrupo de mulheres da barra anterior. Actualmente, em cada fase certas mulheres continuam não tratadas devido a uma série de razões. Por exemplo, entre as mulheres que fazem o teste de detecção da sífilis mas que não recebem imediatamente os resultados (e tratamento, se necessário, pois os serviços não oferecem detecção e tratamento no local), um certo número delas pode não voltar ao centro de saúde continuando assim por tratar. As intervenções sugeridas neste modelo são especificamente elaboradas para abordar tais problemas.

^b IEC = Informação, Educação e Comunicação.

8. Papéis e responsabilidades

8.1 Papel da OMS a nível mundial: liderança

A OMS assumirá um papel de líder a nível mundial, garantindo que a eliminação da sífilis congénita será uma prioridade no âmbito da Organização, reforçando laços dentro da Organização e com outras agências e organizações pertinentes das Nações Unidas, e encorajando parcerias com organizações não-governamentais e outras partes interessadas.

8.1.1 Promoção e mobilização de recursos

A OMS irá trabalhar para galvanizar interesse e apoio para a iniciativa a nível nacional, regional e mundial. Insistirá e promoverá alianças e parcerias para mobilizar recursos financeiros.

8.1.2 Estrutura geral

A OMS estabelecerá uma estrutura geral para a estratégia de eliminação da sífilis congénita, a ser ajustada por cada país à sua situação específica. A OMS irá apoiar a elaboração de manuais de formação técnica.

8.2 Papel da OMS a nível da região: liderança e apoio técnico

A nível da região, a OMS:

- assumir a liderança a nível da região para eliminação da sífilis congénita;
- prestará apoio para identificação e implementação de estratégias regionais apropriadas tendo por objectivo a eliminação da sífilis congénita;
- prestará apoio para adaptação de manuais técnicos e genéricos de formação e materiais;
- mobilizará recursos;
- promoverá a integração de prevenção da sífilis congénita e da transmissão do VIH de mãe para filho.

8.3 Papel da OMS a nível de nacional: assistência técnica

A OMS prestará assistência técnica a países (a partir da Sede ou das sedes regionais ou dos escritórios nos países), especialmente aos que têm taxas altas de sífilis materna e congénita. Especificamente, prestará apoio a países para:

- determinar o fardo de sífilis congénita;
- elaborar e implementar estratégias apropriadas destinadas a eliminar a sífilis congénita;
- identificar populações isoladas do sistema de saúde (socialmente ou geograficamente) com alta prevalência de sífilis;
- realizar uma análise da situação e identificar necessidades e lacunas;
- identificar os pontos fracos do sistema de saúde que dão origem a que mulheres grávidas não sejam submetidas a teste de detecção ou tratamento de sífilis;
- melhorar o planeamento e a implementação de programas;
- fornecer apoio a nível nacional em desenvolvimento de planos nacionais;
- proporcionar formação para criar uma força de trabalho habilitada e motivada;
- elaborar e implementar programas de vigilância;
- desenvolver meios para avaliação e monitorização, com objectivos apropriados que tomem em consideração o contexto do país.

A OMS também ajudará os países a identificar estratégias para aumentar a frequência das consultas de mulheres grávidas a serviços de saúde para mães e recém-nascidos.

8.3.1 Uma abordagem por fases

Considera-se que a eliminação da sífilis congénita será realizada em três fases, dependendo da maneira como o país estiver preparado.

Durante a primeira fase, a OMS prestará apoio técnico a vários países que satisfaçam certos critérios.^c Na melhor das hipóteses, tomam parte nesta primeira fase dois países em cada região da OMS. Contudo, se os recursos são insuficientes, pelo menos quatro países de regiões diferentes serão apoiados enquanto outros países se preparam para implementação.

Na segunda fase aumenta o número de países implementando a estratégia de eliminação da sífilis congénita, aproveitando as lições aprendidas com os países da primeira fase.

A terceira fase é o alargamento final aos restantes países.

8.3.2 Promoção a nível nacional

O objectivo da OMS será de assegurar que, em todos os países implementando a iniciativa Tornar a Gravidez Mais Segura, a detecção e o tratamento da sífilis congénita recebem a maior prioridade e são integrados na iniciativa. Em todos os países implementando actividades de prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho, a OMS irá promover o rastreio da sífilis congénita para todas as mulheres grávidas fazendo o teste de detecção do VIH. A OMS também apoiará a implementação do controlo da sífilis em populações a grande risco. Finalmente, a OMS encorajará parcerias em países, sensibilizará e ajudará a mobilizar recursos.

8.4 Papéis dos países na implementação da estratégia

Os países são responsáveis pela implementação da estratégia.

8.4.1 Política e nível do programa

Os países precisarão de assegurar a existência, a todos os níveis dos serviços de saúde, de percepção e empenho

constante. O controlo da sífilis materna (detecção, diagnóstico, tratamento e prevenção) deve ser incluído em serviços abrangentes de cuidados pré-natais e programas de PMTCT do VIH.

A estratégia para eliminação da sífilis congénita tem por objectivo consolidar ou desenvolver colaboração entre programas no sector da saúde. A eliminação da sífilis congénita só pode ser conseguida com uma resposta integrada e conjunta implicando todos os programas prestando cuidados para mães e recém-nascidos (incluindo programas de saúde sexual e reprodutiva, SMI, IST e VIH).

Análise da situação e avaliação estratégica

A maioria dos países estabeleceram serviços pré-natais e recomendam a detecção da sífilis na gravidez. A condição dos serviços e o nível de implementação do controlo da sífilis variam segundo as condições socioeconómicas, o empenho político e a infra-estrutura de cuidados de saúde. A análise da situação é uma primeira fase essencial no planeamento de intervenções destinadas a melhorar os resultados de programas de controlo da sífilis. Uma tal análise também fornecerá dados de referência importantes para utilizar em estabelecimento de alvos e avaliação futura. A avaliação estratégica permitirá planeamento apropriado e melhoria dos programas em curso.

Gestão dos programas

Para que os programas sejam eficazes, é preciso estabelecer uma gestão eficaz, o que pode ser conseguido com:

- identificação e atribuição de papéis e responsabilidades para assegurar obrigações no âmbito do programa;
- promoção a todos os níveis;
- sustentabilidade e transparência financeira;
- disponibilidade de fornecimentos para detecção e tratamento da sífilis.

^c Estes critérios incluem: (i) disponibilidade imediata de dados epidemiológicos sobre sífilis e sífilis congénita; (ii) taxa alta de prevalência da sífilis entre mulheres grávidas; e (iii) presença de outros programas de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos nos quais se poderia encaixar a estratégia (e.g. um programa para tornar a gravidez mais segura ou um programa para evitar a transmissão do VIH de mãe para filho).

Uma gestão eficaz da cadeia de fornecimentos para assegurar provisões seguras de meios de diagnóstico, medicamentos e artigos de consumo exigirá uma colaboração estreita com os armazéns médicos nacionais (ou equivalente). Para provisões e encomendas precisas será necessário formar pessoal a todos os níveis (centros de saúde, armazéns centrais, etc.) em gestão da cadeia de fornecimentos.

Formação

Além disso, para enfrentar a grande rotação e movimento constantes de pessoal, deve implementar-se formação e instrução contínua a todos os níveis (incluindo serviços itinerantes).

Os elementos de formação devem fazer parte do programa nacional e devem abordar:

- competências clínicas;
- aconselhamento;
- informação, educação, comunicação (IEC);
- gestão dos conhecimentos (utilização das informações para tomada de decisões);
- métodos de melhoramento da qualidade;
- sistemas de informação, monitorização e avaliação;
- gestão de programa, supervisão.

Supervisão

Haverá necessidade de melhor supervisão a todos os níveis, de maneira a assegurar notificação para vigilância, monitorização e avaliação de rotina dos programas. O ideal seria que a notificação fosse coordenada para os vários programas de cuidados de saúde de maneira a não sobrecarregar os trabalhadores de saúde.

Monitorização e avaliação

O estabelecimento e/ou melhoramento de sistemas de monitorização existentes será necessário, com avaliação regular de intervenções do programa.

8.4.2 Nível de serviços de saúde

Ao nível de serviço de saúde haverá necessidade de melhorar, operacionalizar e supervisionar as seguintes actividades:

- introdução de intervenções e apoio para actividades;
- melhores serviços para cuidados a mães e recém-nascidos;
- pesquisa de casos;
- testes de laboratório;
- tratamento;
- aconselhamento durante e depois da gravidez e parto para evitar as consequências da sífilis;
- trabalhar com trabalhadores comunitários de saúde e parteiras tradicionais para seguimento de mulheres que não receberam cuidados pré-natais ou obstétricos;
- prestação de cuidados eficazes a recém-nascidos para minimizar os efeitos de sífilis congénita;
- formação.

8.4.3 Nível comunitário

A nível comunitário, haverá necessidade de conseguir alterações de comportamento para:

- prevenção primária da sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis;
- encorajamento de mulheres grávidas para procura precoce de cuidados pré-natais;
- promoção e informação da comunidade para melhorar a apresentação e compreensão da doença e suas consequências;
- garantia de igualdade em acesso a cuidados pré-natais para todas as mulheres grávidas;
- garantia de apoio a mulheres que descobrem estar infectadas, e promoção da importância de tratamento dos parceiros;
- programas para redução do estigma e discriminação associados a um diagnóstico positivo de sífilis.

Referências

- Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ* 2004;82:424-30.
- Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Organ* 2004;82:402-9.
- World development report*. Washington, DC: World Bank; 1993.
- Plan of action for the elimination of congenital syphilis*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1995 (PAHO/WHO/Ce116/14).
- Special topic: maternal and congenital syphilis. *Bull World Health Organ* 2004;82:399-478.
- Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ* 2004;82:433-8.
- Hira SK, Bhat GJ, Chikamata DM, Nkowane B, Tembo G, Perine PL, et al. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. *Genitourin Med* 1990;66:159-64.
- Schulz KF, Cates W Jr, O'Mara PR. Pregnancy loss, infant death, and suffering: legacy of syphilis and gonorrhoea in Africa. *Genitourin Med* 1987;63:320-5.
- Harman N. *Staying the plague*. London: Methuen;1917.
- Watson-Jones D, Gumodoka B, Weiss H, Changalucha J, Todd J, Mugeye K, et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. II. The effectiveness of antenatal syphilis screening and single-dose benzathine penicillin treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes. *J Infect Dis* 2002;186:948-57.
- Ingraham N. The value of penicillin alone in prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Derm Venereol* 1951;31:60-80.
- Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DH, Berkley SF, Piot P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex Transm Infect* 1998;74:S12-6.
- Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bull World Health Organ* 2004;82:439-46.
- Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice*. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Managing newborn problems*. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Williams K. Screening for syphilis in pregnancy: an assessment of the costs and benefits. *Community Med* 1985;7:37-42.
- Connor N, Roberts J, Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United Kingdom: a cost effectiveness analysis. *J Med Screen* 2000;7:7-13.
- Terris-Prestholt F, Watson-Jones D, Mugeye K, Kumaranayake L, Ndeki L, Weiss H, et al. Is antenatal syphilis screening still cost effective in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Infect* 2003;79:375-81.
- Phaosavasdi S, Snidvongs W, Thasanapradit P, Asavapiriyanon S, Ungthavorn P, Bhongsvej S, et al. Cost-benefit analysis of diagnosis and treatment of syphilis in pregnant women. *J Med Assoc Thai* 1987;70:90-5.
- Bronzan RN, Mwesigwa-Kayongo DC, Narkunas D, Schmid GP, Neilsen GA, Ballard RC, et al. On-site rapid antenatal syphilis screening with an immunochromatographic strip improves case detection and treatment in rural South African clinics. *Sex Transm Dis* 2007;34 (Suppl. 7):S55-S60.
- Jenniskens F, Obwaka E, Kirisuah S, Moses S, Yusufali FM, Achola JO, et al. Syphilis control in pregnancy: decentralization of screening facilities to primary care level, a demonstration project in Nairobi, Kenya. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;48:S121-8.
- Fonck K, Claeys P, Bashir F, Bwayo J, Fransen L, Temmerman M. Syphilis control during pregnancy: effectiveness and sustainability of a decentralized program. *Am J Public Health* 2001;91:705-7.
- Hossain M, Broutet N, Hawkes S. The Elimination of Congenital Syphilis: A Comparison of the Proposed World Health Organization Action Plan for the Elimination of Congenital Syphilis With Existing National Maternal and Congenital Syphilis Policies. *Sex Transm Dis* 2007;34 (Suppl. 7):S22-S30.
- Chequer P, Pimento C, Barrios I, Britos I. *Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita* (Technical basis for congenital syphilis elimination). Brasília, Brazil: National Programme for the Control of Sexually Transmitted Diseases and AIDS, Ministry of Health 1999.

25. *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita* (Guidelines for the control of congenital syphilis). Brasília, Brazil: National Programme for the Control of Sexually Transmitted Diseases and AIDS, Ministry of Health; 2005.
26. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bull World Health Organ* 2004;82:410-6.
27. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *Br Med Bull* 2003;67:59-72.
28. Santarelli C. *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*. Geneva: World Health Organization; 2003.
29. Anselmi M, Moreira JM, Caicedo C, Guderian R, Tognoni G. Community participation eliminates yaws in Ecuador. *Trop Med Int Health* 2003;8:634-8.
30. Zuma K, Lurie MN, Williams BG, Mkaya-Mwamburi D, Garnett GP, Sturm AW. Risk factors of sexually transmitted infections among migrant and non-migrant sexual partnerships from rural South Africa. *Epidemiol Infect* 2005;133:421-8.
31. Thomas J. HIV infection elevates Kenyan sex workers' STI risk, which rises further as immunosuppression increases. *Int Fam Plan Perspect* 2005;31:44.
32. Duda RB, Darko R, Adanu RM, Seffah J, Anarfi JK, Gautam S, et al. HIV prevalence and risk factors in women of Accra, Ghana: results from the women's health study of Accra. *Am J Trop Med Hyg* 2005;73:63-6.

Anexo 1. Testes para sífilis em adultos e sífilis congénita

Quadro A1.1 Características de testes para detecção da sífilis^a

	Para pacientes apresentando uma úlcera ou outra lesão					Testes de detecção				
	Microscopia em campo escuro	Detecção de antígenos (DFA-TP)	Detecção de ADN (PCR e RT-PCR)	Testes não treponémicos		Teste rápido	Treponemal tests			
				RPR	VDRL		EIA	TPHA/TPPA	FTA-ABS	
Sensibilidade	74–86%	73–100%	91%	78–100%	84–98%	82–100%	85–100%	70–100%		
Especificidade	85–97%	89–100%	99%	98–100%	94–98%	97–100%	98–100%	94–100%		
Facilidade de utilização	fácil	moderada	complexa	fácil	fácil	moderada	complexa	complexa		
Nível de utilização	sala de exame, laboratório no local	laboratório intermédio ou de encaminhamento	laboratório de encaminhamento	sala de exame, laboratório no local	sala de exame, laboratório no local	laboratório intermédio ou de encaminhamento	laboratório de encaminhamento	laboratório de encaminhamento		
Equipamento	microscópio com condensador de campo escuro	microscópio fluorescente	centrifugadora de microtubos, agitador térmico, incubador, leitor de microplacas	rotor	nenhum	incubador, limpa-rotor e leitor de microplacas	incubador e leitor de microplacas	microscópio fluorescente		
Formação	extensiva	moderada	extensiva	mínima	mínima	moderada	extensiva	extensiva		
Custo médio	US\$ 0,40	US\$ 3	US\$ 14 (inclui detecção de <i>Haemophilus ducreyi</i> e vírus de herpes simplex)	US\$ 0,50	US\$ 0,55–3,0	US\$ 3	US\$ 3	US\$ 3		
Comentários	a especificidade pode ser comprometida pela presença de fragmentos de treponemas ou treponemas endógenos	RTC-PCR é 100x mais sensível que DNA PCR, mas nenhum pode distinguir entre <i>T. pallidum</i> e <i>T. pertenue</i>		a maioria dos reagentes RPR exigem refrigeração	os reagentes exigem refrigeração	a maioria dos testes pode ser guardada a temperatura ambiente durante 9–18 meses	permite a continuidade da detecção	teste de confirmação; não distingue entre infecções antigas tratadas e infecções activas	teste de confirmação; não distingue entre infecções antigas tratadas e infecções activas	

^a DFA-TP: teste directo de anticorpos por fluorescência para *Treponema pallidum*; RPR: teste reagínico serológico rápido; VDRL: teste de laboratório de investigação de doenças venéreas; EIA: imunoenálise ligada a enzimas; TPHA/TPPA = Teste de hemaglutinação do *Treponema pallidum*/Teste de aglutinação do *Treponema pallidum*; FTA-ABS: teste de absorção de anticorpos treponémicos por fluorescência. PCR = reacção em cadeia de polimerase; RT-PCR: tempo real da PCR.

Quadro A1.2 Diagnóstico de sífilis congénita^a

Definição de vigilância	Teste ^b	Nível de laboratório	Comentários
Nível de anticorpos em lactentes 4 vezes mais alto que o nível de anticorpos maternos	RPR	local ou regional	Sensibilidade baixa (<30%), o tratamento pode diminuir a resposta dos anticorpos
Anticorpo IgM em soro ou líquido cefalorraquidiano	EIA ou mancha imune	regional ou de referência	Resultado satisfatório para lactentes sintomáticos; resultado desconhecido para lactentes assintomáticos; resultados falsamente positivos pode ser devido a factor reumatóide ou reacção cruzada com outros treponemas
Deteção directa de <i>T. Pallidum</i> em lesões, tecidos ou secreções	Microscopia em campo escuro	regional	Sensibilidade em campo escuro diminuída se as lesões são limpas com anti-séptico; todo os testes afectados pelo tempo da lesão e tratamento
	DFA-TP	regional	
	PCR	de referência	

^a RPR : teste reagínico serológico rápido; DFA- TP: teste directo de anticorpos por fluorescência para *Treponema pallidum*; EIA: imunoenálise ligada a enzimas; PCR = reacção em cadeia de polimerase.

^b Resultados de testes negativos não excluem doença.

Quadro A1.3 Meios para prevenção e controlo de sífilis materna e congénita em contextos diferentes^a

	Testes de diagnóstico / detecção			Vigilância	
	Local	Laboratório regional	Laboratório de referência	Locais sentinela	Laboratório de referência
Sífilis materna					
Symptomatic	Nenhum	Microscopia em campo escuro, DFA-TP	Testes moleculares tais como PRC	Microscopia em campo escuro DFA-TP	Testes moleculares
Assintomática	Testes treponémicos rápidos RPR	RPR/VDRL EIA Testes treponémicos rápidos	RPR/VDRL EIA TPHA/TPPA FTA-ABS mancha imune	RPR/VDRL Testes treponémicos rápidos EIA	EIA TPHA/TPPA FTA-ABS
Sífilis congénita^b					
Sintomática	Nenhum	Microscopia em campo escuro, DFA-TP	Testes moleculares tais como PRC	Microscopia em campo escuro DFA-TP	Testes moleculares
Assintomática ^c	Nenhum	RPR/VDRL detecção IgM de anticorpos por EIA	RPR/VDRL detecção IgM de anticorpos por EIA	RPR/VDRL Testes treponémicos rápidos EIA	Detecção IgM de anticorpos por EIA

^a DFA-TP: teste directo de anticorpos por fluorescência para *Treponema pallidum*; RPR: teste reagínico serológico rápido; VDRL: teste de laboratório de investigação em doenças venéreas; EIA: imunoenálise ligada a enzimas; TPHA/TPPA: Teste de hemaglutinação do *Treponema pallidum*/ Teste de aglutinação do *Treponema pallidum*; FTA-ABS: teste de absorção de anticorpos treponémicos por fluorescência; PCR = reacção em cadeia de polimerase.

^b A falta de testes sensíveis e específicos para diagnóstico de sífilis congénita significa que todos os lactentes de mães com sífilis devem ser tratados.

^c Não se recomenda o serodiagnóstico de um lactente de mãe infectada reagindo a testes treponémicos devido à transmissão transplacentária passiva de anticorpos IgG. A suspeita de sífilis congénita pode ser confirmada com um título RPR quatro vezes superior ao título da mãe; contudo, um resultado negativo não exclui sífilis no bebé.

Anexo 2a. Norma para prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho^a

1. Prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho

A norma

Todas as mulheres grávidas devem ser submetidas a detecção da sífilis na primeira consulta de cuidados pré-natais durante o primeiro trimestre, e de novo no fim da gravidez. No parto, as mulheres que por qualquer razão não têm resultados de teste, devem fazer ou voltar a fazer o teste. As mulheres com resultados positivos devem ser tratadas e informadas da importância de fazer a detecção de infecção por VIH. Os seus parceiros também devem ser tratados e devem ser feitos planos para tratar os seus filhos recém-nascidos.

Objectivo

Reduzir a morbilidade materna, a perda de feto e a mortalidade e a morbilidade neonatais devido a sífilis.

Requisitos

- Disponibilidade e implementação correcta de uma política nacional e directrizes adaptadas localmente sobre prevenção da sífilis, tratamento e cuidados destinados a mulheres grávidas.
- Possibilidade de acesso de todas as mulheres a cuidados durante a gravidez, o parto e o período a seguir ao parto.
- Prestadores de cuidados de saúde competentes em prevenção da sífilis, detecção durante a gravidez, tratamento de mulheres grávidas seropositivas e seus parceiros, profilaxia e tratamento de recém-nascidos, aconselhamento sobre prevenção de IST e como evitar nova infecção durante a gravidez promovendo o uso de preservativos.
- Disponibilidade no local de um método de detecção em postos de cuidados pré-natais e serviços de maternidade.

- Disponibilidade de meios de detecção da sífilis em postos de cuidados pré-natais e serviços de laboratório, a todos os níveis do sistema de saúde.
- Em todo o sistema de saúde, existem centros e serviços de laboratório para assegurar a qualidade das análises laboratoriais de detecção da sífilis.
- Postos de cuidados pré-natais, serviços de maternidade e postos pós-natais dispõem de penicilina.
- Existe um sistema de encaminhamento que assegura a mulheres grávidas alérgicas à penicilina a sua transferência para tratamento para um nível superior de cuidados.
- Está à disposição das mulheres grávidas, um sistema eficaz de monitorização e informação sobre a sífilis.
- Realizam-se actividades de educação sanitária destinadas a sensibilizar indivíduos, famílias e comunidades para a importância da consulta a postos de cuidados pré-natais no início da gravidez para prevenção e tratamento da sífilis.

Aplicação da norma

Para aplicar a norma, os prestadores de cuidados de saúde materna e neonatal, em especial assistentes especializados, devem realizar as seguintes tarefas:

- Utilizando o teste reagínico serológico rápido (RPR) ou outro teste rápido, fazer o teste de detecção da sífilis a todas as mulheres grávidas na altura da primeira visita pré-natal. Isto deve ser feito de preferência antes de 16 semanas de gravidez para evitar infecção congénita, e de novo no terceiro trimestre.
- Ver os resultados dos testes nas visitas seguintes e na altura do parto. Se a mulher não fez o teste durante a gravidez, a pesquisa da sífilis deve ser proposta depois do parto.
- Tratar todas as mulheres serorreactivas com penicilina G benzatina na dose recomendada de, pelo menos, 2,4 milhões de unidades por via intramuscular como uma dose única, depois de excluir alergia à penicilina. Na

^a *Standards for maternal and newborn care.* Web do Departamento Maternidade Segura, OMS: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html

presença de tal alergia, e se estiver formado para tal, o assistente deve proceder à dessensibilização e tratar com penicilina ou encaminhar a paciente para um nível superior de cuidados.

- Explicar às mulheres com teste positivo que os seus parceiros também devem ser tratados da mesma maneira, assim como os seus bebés o mais rapidamente possível após o nascimento.
- Explicar às mulheres com teste negativo como continuar sem sífilis promovendo o uso de preservativos durante a gravidez.
- Fazer o teste da sífilis a todas as mulheres tendo tido problemas de gravidez (aborto, nados-mortos, lactente sífilítico, etc.) e tratar em consequência.
- Tratar as mulheres com doença clínica ou com uma história de exposição a uma pessoa com sífilis infecciosa.
- Fazer análises a todas as mulheres com sífilis para detectar outras infecções sexualmente transmitidas, incluindo VIH, e prestar aconselhamento e tratamento em consequência.
- Oferecer aconselhamento e detecção voluntários para o VIH a todas as mulheres com testes positivos para a sífilis.
- Fazer planos para tratamento de bebés à nascença.
- Registrar os resultados dos testes e o tratamento no registo do serviço e na ficha ANC da mulher.

Análise

Indicadores de entradas

- Disponibilidade e implementação correcta de uma política nacional e directrizes adaptadas localmente sobre prevenção da sífilis, tratamento e cuidados destinados a mulheres grávidas.
- Proporção de serviços de saúde prestando cuidados pré-natais e tendo disponíveis fornecimentos adequados para oferecer testes de sífilis no local.
- Disponibilidade de fornecimentos para a realização de testes de sífilis em serviços de saúde de nível primário.
- Disponibilidade de penicilina em serviços de saúde de nível primário (incluindo cuidados pré-natais e parto).
- Os prestadores de cuidados sabem quando e como realizar o teste RPR ou o teste VDRL (Laboratório de Investigação de Doenças Venéreas) ou o teste disponível no serviço.
- Os prestadores de cuidados sabem quando e como tratar ou encaminhar mulheres e seus lactentes com sífilis.

Indicadores de procedimento e de resultados

- Cobertura de rastreio com RPR (ou outro teste utilizado) em mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais.
- Cobertura de prestação de tratamento correcto a mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais.
- Cobertura de parceiros submetidos a teste e tratados em consequência.
- Cobertura de prestação de tratamento profiláctico a bebés não apresentando sintomas, nascidos de mães com teste de sífilis positivo.

Indicadores de resultados

- Incidência de sífilis congénita.
- Mortalidade e morbidade perinatais e neonatais devido a sífilis congénita.
- Taxa de nados-mortos.

Fundamente lógico

Fardo de sofrimento

A sífilis é uma infecção crónica, muitas vezes latente, com certas fases reconhecíveis clinicamente. Onde a doença predomina, a maioria dos casos pode não apresentar sintomas. Embora as estimativas sejam variáveis, pelo menos 50% das mulheres com sífilis aguda correm o risco de problemas graves durante a gravidez. Calcula-se que estas complicações se distribuem da seguinte maneira: 50% de nados-mortos ou aborto espontâneo, e 50% de morte perinatal, infecção neonatal grave ou baixo peso à nascença. A mortalidade em bebés infectados pode ser superior a 10% (1).

Quanto mais recente for a infecção materna, mais probabilidades há do bebé ser afectado (2). A transmissão ocorre mais vulgarmente nos dois últimos trimestres, mas a espiroqueta pode atravessar a placenta em qualquer altura da gravidez (2). A semelhança clínica com outras doenças congénitas e os limites dos testes de diagnóstico tornam difícil fazer um diagnóstico imediato em recém-nascidos (1).

Eficácia e efectividade

O controlo da sífilis em mulheres grávidas graças a rastreio pré-natal universal e tratamento dos casos positivos foi estabelecido como uma intervenção possível e rentável (3,4), especialmente devido aos grandes custos directos e indirectos das complicações da sífilis na gravidez (5) e a disponibilidade de tratamento barato e eficaz (6–8). Contudo, em países de renda baixa, um certo número de obstáculos técnicos, logísticos e estruturais tornam difícil a detecção e o tratamento de casos por rastreio pré-natal (4,9), o que resulta em mortalidade perinatal que poderia ser evitada (10,11).

Os testes não treponémicos, tais como RPR e VDRL, são indicadores úteis de infecção e são mais baratos e fáceis de executar do que os testes treponémicos. A sua sensibilidade aumenta da sífilis primária para a secundária, enquanto na ausência de uma afecção crónica subjacente a sua especificidade é geralmente grande (7); daí a sua utilidade para seguimento depois de tratamento (6-8,12). Em pessoas afectadas, os títulos reagínicos aumentam com a infecção e diminuem depois do tratamento (7). O teste RPR no local é rápido e de utilização simples, permitindo que, quando indicado, o tratamento seja dado imediatamente; este “protocolo rápido” mostrou ser eficaz em relação ao custo em contextos onde a prevalência da sífilis é superior a 0,15% (13). Contudo, estes testes podem dar resultados falsamente negativos em mães afectadas e seus bebés (7,14). Os testes RPR e VDRL também podem dar resultados falsamente positivos devido a lesões dos tecidos por outras causas tais como infecções virais, vacinações, consumo de drogas por via intravenosa e doenças crónicas (7). O ideal seria confirmar os testes não treponémicos com um teste treponémico. Os testes treponémicos, tais como o teste de

hemaglutinação do *Treponema pallidum* (TPHA) têm maior sensibilidade e especificidade mas não estão em correlação com a actividade da doença, são de realização difícil e dispendiosa, e por isso não são recomendados para serviços de cuidados primários de saúde (7,15,16). Assim, a falta de recursos e a prevalência mais alta da sífilis em países menos desenvolvidos justificam o tratamento de todas as pessoas com teste RPR positivo (12).

Novos testes com treponemas tornam possível a realização de testes no local. Existem agora testes de detecção da sífilis simples e eficazes, que podem mesmo ser utilizados aos níveis mais básicos dos serviços de saúde. Uma simples tira de papel impregnada de antígeno treponémico é utilizada para analisar o sangue obtido por picada num dedo. Os resultados ficam disponíveis em poucos minutos. Estes testes de diagnóstico localmente utilizáveis são precisos, de custo acessível e simples de executar. Ao contrário de testes de diagnóstico anteriores, não necessitam de acesso a um laboratório ou de um frigorífico. Em resumo, os novos testes oferecem uma alternativa prática a técnicas mais antigas. Estes testes têm a possibilidade de alterar completamente a abordagem da detecção da sífilis mesmo em postos de saúde isolados. Como os resultados são imediatamente disponíveis, as mulheres podem fazer o teste e receber tratamento na mesma consulta. Os novos testes custam a mera quantia de US\$ 0,93–1,44 por cada análise (16). Embora sejam mais caros do que os testes normais anteriores, estes novos testes são de facto mais rentáveis pois, podendo-se controlar e tratar de maneira atempada mais mulheres, mais casos de sífilis congénita são evitados. Calcula-se que os novos testes rápidos com treponemas só custam US\$ 7 por cada caso de sífilis congénita evitada (17).

Tratamento adequado com penicilina suprime a infecciosidade em 24–48 horas. Uma análise Cochrane (18) indica que, embora não haja dúvida da penicilina ser eficaz para tratar a sífilis na gravidez e evitar a sífilis congénita, continua a incerteza sobre o esquema terapêutico óptimo (dose, duração e preparação) (18). A penicilina benzatina administrada por via parentérica em dose única, é o medicamento

preferido para tratamento de mulheres grávidas e para evitar a transmissão da sífilis de mãe para filho (6–8,18).

Contudo, uma dose única não trata a sífilis latente em mulheres grávidas. Com base nas provas existentes, as mulheres grávidas com uma história de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas antes de tratadas com penicilina benzatina (8).

Directrizes internacionais recomendam que todas as mulheres com teste seropositivo à sífilis também devem ser controladas para detectar infecção por VIH (8). Embora não haja provas convincentes, é possível que a infecção conjunta altere o valor predicativo dos testes de diagnóstico (7,8,15). A infecção conjunta por VIH pode aumentar a possibilidade de desenvolvimento precoce de sífilis do sistema nervoso e de insucesso do tratamento; assim,

no caso de infecção conjunta pelo VIH, certas directrizes sugerem modificar os esquemas terapêuticos actualmente recomendados (6-8) (ver também norma 1.2 “Prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e do aparelho reprodutor”).

O Quadro 1 a seguir apresentado resume as provas provenientes dos estudos mais pertinentes e o Quadro 2 resume recomendações de directrizes pertinentes. O nível de evidência é apresentado segundo a metodologia NICE que aplica um código que vai de 1 (nível alto) a 4 (nível baixo). Para detalhes, ver também *Introduction to the Standards for Maternal and Neonatal Care e Process to develop the Standards for Maternal and Neonatal Care* em http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/en. Para uma ideia geral de uma lista abrangente de provas, servir-se da secção de referência da norma.

Quadro 1

Estudo (tipo e nível de evidência)	População e contexto	Objectivo e intervenção	Consequências em relação à norma	Resultados	Comentários
10. Rotchford et al. 2000 Estudo de observação 2+	158 mulheres grávidas com sífilis Postos clínicos de ANC: África do Sul <i>Risco de base</i> • Prevalência de sífilis entre mulheres grávidas 9% (8–10%) • Morte perinatal de bebés de mulheres grávidas com sífilis incorrectamente tratadas 20%	Estudar o impacto na mortalidade perinatal de tratamento inadequado para sífilis materna apesar de detecção adequada <i>Definição</i> • Tratamento completo da sífilis: 3 doses de penicilina a intervalos semanais (2.4 mega-unidades de penicilina G benzatina por via intramuscular) • Tratamento adequado da sífilis: 2 ou mais doses de penicilina • Tratamento inadequado da sífilis: uma ou nenhuma dose de penicilina	Tratamento inadequado da sífilis Notificação ao parceiro Tratamento do parceiro Morte perinatal	32% 77% 26% Tratamento adequado versus inadequado NNT ^a 5 (3–13)	Apesar de detecção eficaz, muitas mulheres grávidas com sífilis continuam incorrectamente tratadas, resultando em mortalidade perinatal evitável
18. Walker 2004 A mais recente rectificação importante Março 2001 Estudo sistemático 1++	26 estudos satisfaziam os critérios para escrutínios detalhados; nenhum dos estudos incluídos na análise	Para identificar o tratamento antibiótico mais eficaz para sífilis em mulheres grávidas, com ou sem infecção concomitante por VIH		Enquanto não há dúvidas sobre a eficácia da penicilina no tratamento da sífilis na gravidez e na prevenção da sífilis congénita, continua a haver incerteza sobre os esquemas terapêuticos óptimos	

^a NNT = número necessitando de tratamento

Quadro 2

Estudo (tipo e nível de evidência)	Título e autor/ organização	Conteúdo das recomendações	Comentários
8. CDC 2002 Directriz 4	Directrizes sobre tratamento de doenças sexualmente transmissíveis Centros para Controlo e Prevenção de Doenças, Estados Unidos	<p>Todos os pacientes com sífilis devem fazer o teste de detecção do VIH.</p> <p>A infecção conjunta por VIH pode aumentar o risco de complicação neurológica e o risco de fracasso do tratamento com os esquemas terapêuticos actualmente recomendados.</p> <p>Todas as mulheres devem fazer um teste serológico para detecção da sífilis aquando da primeira consulta pré-natal. Em contextos de grande prevalência de sífilis, os testes devem ser realizados duas vezes durante o terceiro trimestre.</p> <p>O tratamento com penicilina G por via parentérica é o único cuja eficácia na sífilis durante a gravidez está documentada.</p> <p>Com base nas provas existentes, as mulheres grávidas com uma história de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas e tratadas com penicilina.</p>	A benzilpenicilina por via parentérica há mais de 50 anos que é utilizada eficazmente para tratamento e prevenção da sífilis; contudo, ainda não se fizeram estudos comparativos adequados para orientar a escolha de um esquema terapêutico óptimo (dose, duração e preparação).

Referências

- Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ* 2004;82:424-30.
- Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ* 2004;82:433-8.
- Connor N, Roberts J, Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United Kingdom: a cost effectiveness analysis. *J Med Screen* 2000;7:7-13.
- Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Organ* 2004;82:402-9.
- Bateman DA, Phibbs CS, Joyce T, Heagarty MC. The hospital cost of congenital syphilis. *J Pediatr* 1997;130:752-8.
- Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. *Ann Intern Med* 1990;113:872-81.
- US Preventive Services Task Force. Counseling to prevent HIV infection and other sexually transmitted diseases. In: *Guide to clinical preventive services*, 2nd ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 1996: 723-37.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines - 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002;51:1-80.
- Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bull World Health Organ* 2004;82:410-6.
- Rotchford K, Lombard C, Zuma K, Wilkinson D. Impact on perinatal mortality of missed opportunities to treat maternal syphilis in rural South Africa: baseline results from a clinic randomized controlled trial. *Trop Med Int Health* 2000;5:800-4.
- Goldenberg RL, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:861-73.
- Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bull World Health Organ* 2004;82:439-46.

13. Silberstein GS, Coles FB, Greenberg A, Singer L, Voigt R.. Effectiveness and cost-benefit of enhancements to a syphilis screening and treatment program at a county jail. *Sex Transm Dis* 2000;27:508-17.
14. Davanzo R, Davanzo R, Antonic C, Puella A, Lincetto O, Schierano S. Neonatal and post-neonatal onset of early congenital syphilis: a report from Mozambique. *Ann Trop Paediatr* 1992;12:445-50.
15. Augenbraun M, Rolfs R, Johnson R, Joesoef R, Pope V, Syphilis and HIV Study Group. Treponemal specific tests for the serodiagnosis of syphilis. *Sex Transm Dis* 1998;25:549-52.
16. Terris-Prestholt F, Watson-Jones D, Mugeye K, Kumaranayake L, Ndeki L, Weiss H, et al. Is antenatal syphilis screening still cost-effective in sub-Saharan Africa? *Sex Transm Infect* 2003;79:375-81.
17. Bronzan RN, Mwesigwa-Kayongo DC, Narkunas D, Schmid GP, Neilsen GA, Ballard RC, et al. On-site rapid antenatal syphilis screening with an immunochromatographic strip improves case detection and treatment in rural South African clinics. *Sex Transm Dis* 2007;34 (Suppl. 7):S55-S60.
18. Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; Issue 3. Art. No.: CD001143. DOI: 10.1002/14651858.CD001143.
- II. *Annual technical report 2002. Section 3. Controlling sexually transmitted and reproductive tract infections*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/annual_technical_reports/2002/index.html, accessed 8 March, 2006).
- III. *Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries*. Geneva, World Health Organization; 1996 (document WHO/FHE/MSM/ 94.11) (http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_94_11/MSM_94_11_table_of_contents.en.html, accessed 22 June 2007).
- IV. *Care of mother and baby at the health centre: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FHE/MSM/94.2) (http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_94_2/msm_94_2_1.html, accessed 22 June 2007).
- V. Cloherty JP, Stark A, Eichenwald E. *Manual of neonatal care*. Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
- VI. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924159084X.pdf>, accessed 22 June 2007).

Ligações e fontes adicionais

- I. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide to essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/index.htm, accessed 2 February 2006).

Anexo 2b. Norma para tratamento e cuidados preventivos de sífilis congénita em recém-nascidos

A norma

Todos os recém-nascidos não apresentando sintomas, nascidos de mães seropositivas à sífilis, devem receber à nascença uma dose única profiláctica de penicilina benzatina. Os recém-nascidos apresentando qualquer sinal clínico de sífilis congénita devem ser tratados com penicilina cristalina ou procaína durante 10 dias. Qualquer caso suspeito de sífilis congénita deve ser confirmado submetendo a mãe a teste de detecção.

Objectivo

Reduzir a mortalidade e morbidade neonatal devido a sífilis congénita.

Requisitos

- Disponibilidade e implementação correcta de uma política nacional e directrizes adaptadas localmente sobre prevenção e tratamento da sífilis congénita.
 - Possibilidade de acesso de todas as mulheres e famílias a serviços de cuidados maternos e neonatais.
 - Prestadores de cuidados de saúde tratando de mulheres e recém-nascidos durante a gravidez, o parto e o período pós-natal, são competentes em: prevenção e detecção da sífilis durante a gravidez; tratamento de mulheres grávidas seropositivas e seus parceiros; detecção de sinais clínicos de sífilis congénita e indicações para profilaxia e tratamento de recém-nascidos; aconselhamento sobre prevenção de IST; e como evitar nova infecção durante a gravidez promovendo o uso de preservativos.
 - Meios para realização de testes de detecção da sífilis estão disponíveis a todos os níveis do sistema de saúde.
 - Disponibilidade de penicilina a todos os níveis do sistema de saúde.
 - Existe um sistema de encaminhamento que, quando necessário, assegura a transferência de bebés com sífilis congénita para um centro oferecendo cuidados especializados.
- Existe e está disponível um serviço podendo prestar cuidados especializados para sífilis congénita.
 - Existe um sistema eficaz de monitorização e informação sobre a sífilis.
 - São implementadas actividades de educação sanitária destinadas a sensibilizar indivíduos, famílias e comunidades para a importância da detecção da sífilis durante a gravidez, do parto assistido por uma parteira competente e do seguimento durante o período pós-natal para prevenção e tratamento de sífilis congénita neonatal, e IST em geral, incluindo o VIH.

Aplicação da norma

Parteiras competentes e outros prestadores de cuidados de saúde ajudando mães e seus recém-nascidos durante o parto e o período pós-natal devem desempenhar as tarefas a seguir apresentadas.

1. Verificar o cartão de cuidados pré-natais (ANC) de todas as mulheres de parto, e fazer teste e tratar em consequência (ver norma sobre *Prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho*).
2. Examinar cuidadosamente os recém-nascidos de todas as mães detectadas como seropositivas à sífilis durante a gravidez ou no parto, para excluir sinais de sífilis congénita.
3. Administrar por via intramuscular uma dose única de 50 000 unidades/kg de peso corporal de penicilina G benzatina, a bebés não apresentando sintomas nascidos de mães com teste positivo à sífilis.
4. Em bebés com sintomas confirmar o diagnóstico fazendo um teste rápido à mãe.
5. Administrar por via intramuscular a primeira dose de 50 000 unidades/kg de peso corporal de penicilina aquosa cristalina ou 50 000 unidades/kg de peso corporal de penicilina procaína a bebés com sintomas cujas mães tiveram teste positivo para a sífilis e encaminhá-los para um departamento de cuidados especiais para 10 dias de tratamento.

6. Informar as mulheres sobre a importância de tratamento dos recém-nascidos, de si mesmas e dos seus parceiros.
7. Dar informações sobre prevenção das IST e aconselhamento e detecção voluntários do VIH.
8. Registrar o tratamento e o encaminhamento no cartão de cuidados pré-natais (ANC) e no registo do serviço de saúde.

Análise

Indicadores de entradas

- Disponibilidade e implementação correcta nos serviços de cuidados de saúde de uma política nacional e directrizes adaptadas localmente sobre prevenção e tratamento da sífilis congénita.
- Disponibilidade de medicamentos e fornecimentos para tratamento de adultos e lactentes em serviços de cuidados de saúde.

Indicadores de procedimento e consequências

- A proporção de recém-nascidos assintomáticos, cujas mães tiveram testes positivos à sífilis, que foram devidamente tratados com uma dose única de penicilina.
- Proporção de recém-nascidos com sintomas encaminhados para tratamento de sífilis congénita.
- Proporção de recém-nascidos com sintomas correctamente tratados com penicilina durante 10 dias.

Indicadores de consequências

- Redução da incidência de sífilis congénita.
- Redução da mortalidade neonatal e em recém-nascidos devido a sífilis.
- Redução da morbidade neonatal e em recém-nascidos devido a sífilis.

Fundamento lógico

Fardo de sofrimento

A OMS estima que, devido a sífilis materna, cada ano há pelo menos 500 000 abortos ou nados-mortos, e 500 000

bebés prematuros, com sífilis congénita ou baixo peso à nascença (1). Embora as estimativas variem, pelo menos 50% das mulheres com sífilis grave sofrem complicações na gravidez, que se calcula estarem distribuídas da seguinte maneira: 50% de casos de gravidez resultam em nados-mortos ou aborto espontâneo, e 50% em morte perinatal, infecção neonatal grave ou baixo peso à nascença (1). Mesmo depois de tratadas, as mulheres que têm sífilis durante a gravidez ainda têm um risco 2,5 vezes maior de complicações em comparação com mulheres não infectadas (2). A infecção fetal ocorre normalmente por transmissão transplacentária ou durante o parto (3).

Em cerca de 50% dos casos, a sífilis congénita pode ser assintomática, especialmente nas primeiras semanas de vida (4). Normalmente, apresenta sintomas nos primeiros meses de vida, mas as suas manifestações clínicas podem só surgir no segundo ano (4). Os sinais clínicos de sífilis congénita mais frequentes à nascença são: hepatosplenomegalia, deformação facial, edema, distensão abdominal, palidez, lesões cutâneas, febre e baixo peso (4,5). As taxas de casos fatais notificados para sífilis congénita sintomática na África variam entre 15% em Moçambique e 38% na África do Sul (4,5).

Os principais factores contribuindo para sífilis congénita são a falta de cuidados pré-natais e de testes de detecção em mulheres grávidas, teste negativo no primeiro trimestre e não repetido, tratamento tardio ou fracasso do tratamento pré-natal (6).

Eficácia e efectividade

O acordo é geral sobre a necessidade de examinar cuidadosamente todas as crianças nascidas de mães com teste positivo à sífilis para detecção de provas de sífilis congénita e, quando possível, fazer um teste serológico não treponémico quantitativo (RPR ou VDRL) (2). Contudo, é preciso notar que a eficácia e efectividade desta abordagem em países menos desenvolvidos ainda é discutível.

Fazer um diagnóstico clínico de sífilis congénita à nascença é difícil pois a doença é clinicamente semelhante a outras infecções congénitas e os testes serológicos disponíveis têm limitações (5). Em 45% dos recém-nascidos com sífilis congénita, as únicas indicações para o médico são a história materna de sífilis e sinais não específicos no bebé como febre, baixo peso à nascença ou lesões cutâneas (5).

Fazer testes a todos os bebés sem sintomas nascidos de mães com teste positivo a sífilis tem por objectivo detectar e tratar imediatamente a doença, e esta abordagem é aplicada em países desenvolvidos (7). Contudo, se uma mulher fica infectada com a sífilis para o fim da gravidez, pode acontecer que o teste feito ao seu recém-nascido não seja positivo com os testes serológicos disponíveis. Acontece também que os recém-nascidos podem ter um resultado falsamente positivo devido à transferência de anticorpos da mãe. Estas dificuldades com diagnóstico e os problemas logísticos vulgares encontrados em meios com poucos recursos podem, potencialmente, afectar gravemente a implementação de programas de prevenção da sífilis em países menos desenvolvidos.

Segundo um estudo, uma dose única de penicilina benzatina evita a sífilis em bebés assintomáticos a grande risco (cujas mães tinham tido títulos VDRL $\geq 1:32$, mas que não tinham sido tratadas)(8). Outro estudo comparou uma dose única de penicilina benzatina com um tratamento de 10 dias com penicilina procaína para tratar sífilis congénita assintomática sem encontrar diferença entre os dois esquemas terapêuticos (9). Assim, em situações de poucos recursos, o tratamento com uma dose única de 50 000 unidades/kg de peso corporal de penicilina benzatina, independentemente do tratamento materno e sem outros testes de diagnóstico, é uma opção aceitável e talvez mesmo preferível (4).

Em bebés apresentando sintomas, recomenda-se o tratamento diário durante 10 dias com 100 000–150 000 unidades/kg de peso corporal de penicilina G cristalina aquosa por via intramuscular ou intravenosa, ou 50 000

unidades/kg de peso corporal de penicilina G benzatina por via intramuscular (4). Se o tratamento for interrompido mais de um dia, deve ser recommençado na totalidade. Os dados são insuficientes para recomendar a aplicação de outros agentes antimicrobianos.

A disponibilidade de medicamentos e a capacidade para os administrar continua a ser um dos obstáculos mais importantes à implementação destas recomendações. Para ter êxito, as estratégias de saúde pública destinadas a reduzir o fardo da sífilis congénita exigem maior cobertura de cuidados pré-natais, identificação precoce e tratamento durante a gravidez, identificação e tratamento de parceiros, modificação de comportamentos de grande risco e promoção de acesso e utilização de cuidados de saúde.

Ver também a norma *Prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho*.

Referências

1. Stoner B, Schmid G, Guraiib M, Adam T, Broutet N. Use of maternal syphilis seroprevalence data to estimate the global morbidity of congenital syphilis. Amsterdam: Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD); July 10-13 2005 (Abstract # 699).
2. Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, Pinol A, Bakketeig L, Bergsjö P. et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. *Int J STD AIDS* 2002;13(7):486-94.
3. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ* 2004;82:433-8.
4. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ* 2004;82:424-30.
5. Davanzo R, Antonio C, Pulella A, Lincetto O, Schierano S. Neonatal and post-neonatal onset of early congenital syphilis: a report from Mozambique. *Ann Trop Paediatr* 1992;12:445-50.
6. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bull World Health Organ* 2004;82:410-6.
7. 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mort Wkly Rep* 1998;47:1-11.
8. Radcliffe M, Meyer M, Roditi D, Malan A. Single-dose benzathine penicillin in infants at risk of congenital syphilis - results of a randomised study. *S Afr Med J* 1997;87:62-5.
9. Paryani SG, Vaughn AJ, Crosby M, Lawrence S. Treatment of asymptomatic congenital syphilis: benzathine versus procaine penicillin G therapy. *J Pediatr* 1994;125:471-5.

Ligações e fontes adicionais

1. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Gloyd S, Chai S, Mercer MA. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy Plan* 2001;16:29-34.
3. Wilkinson D, Sach M, Connolly C. Epidemiology of syphilis in pregnancy in rural South Africa: opportunities for control. *Trop Med Int Health* 1997;2:57-62.
4. Temmerman M, Mohameli F, Fransen L. Syphilis prevention in pregnancy: an opportunity to improve reproductive and child health in Kenya. *Health Policy Plan* 1993;8:122-7.
5. McFarlin BL, Bottoms SF, Dock BS, Isada NB. Epidemic syphilis: maternal factors associated with congenital infection. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:535-40.
6. Chang SN, Chung KY, Lee MG, Lee JB. Seroreversion of the serological tests for syphilis in the newborns born to treated syphilitic mothers. *Genitourin Med* 1995;71:68-70.

Anexo 3. Metas e indicadores

Reconhecendo a importância da prevenção e controlo das IST e suas complicações, incluindo eliminação da sífilis congénita, a 59^a Assembleia Mundial da Saúde de Maio de 2006, aprovou uma estratégia para a prevenção e controlo de infeções sexualmente transmissíveis.^a Esta estratégia mundial fornece uma estrutura para os países melhorarem e acelerarem os seus programas nacionais de luta contra as IST e assegurarem estar bem integrados e ligados com outros serviços de saúde sexual e reprodutiva, tais como de planeamento familiar e saúde materna, incluindo intervenções activas para o controlo da sífilis congénita.

Na estratégia mundial para a prevenção e controlo das IST, recomendam-se os seguintes indicadores principais e metas nacionais:

Metas:

- (i) >90% das mulheres de 15–24 anos de idade consultando pela primeira vez postos de cuidados pré-natais controladas para detecção da sífilis;
- (ii) >90% das mulheres seropositivas à sífilis devidamente tratadas até 2015.

Indicador:

Proporção de mulheres grávidas de 15–24 anos de idade com uma serologia positiva a sífilis consultando postos de cuidados pré-natais.

Contudo, **apresentam-se a seguir outros exemplos de metas e indicadores possíveis para monitorizar a eliminação da sífilis congénita**; a lista final adoptada por qualquer país dependerá da sua situação específica.

Cobertura, atendimento e detecção

Meta:

>90% de mulheres grávidas atendidas por pessoal de saúde competente antes de 12 semanas de gravidez.

Indicador:

Proporção de mulheres grávidas atendidas por pessoal de saúde competente antes de 12 semanas de gravidez (número de mulheres grávidas atendidas por pessoal de saúde competente antes de 12 meses de gravidez/número total de mulheres grávidas atendidas por pessoal de saúde competente).

Meta:

>90% de mulheres grávidas atendidas por pessoal de saúde competente durante a gravidez fazendo o teste de detecção da sífilis.

Indicador:

Proporção de mulheres grávidas atendidas por pessoal de saúde competente e controladas para detecção da sífilis (número de mulheres grávidas atendidas por pessoal de saúde competente controladas para detecção da sífilis/número total de mulheres atendidas por pessoal de saúde competente).

Meta:

Todas (100%) as mulheres seropositivas atendidas por pessoal de saúde competente durante a gravidez devidamente tratadas.^b

Indicador:

Proporção de mulheres grávidas seropositivas devidamente tratadas (número de mulheres grávidas atendidas por pessoal de saúde competente controladas para detecção da sífilis, com serologia positiva para sífilis e devidamente tratadas/número total de mulheres grávidas, atendidas por pessoal de saúde competente, cujo sangue foi analisado para detecção da sífilis, com serologia positiva para sífilis).

Meta:

>80% de parceiros de mulheres grávidas infectadas identificados e tratados pelo menos com uma dose de penicilina G benzatina.

Indicador:

Proporção de parceiros de mulheres grávidas infectadas, tratados (número de mulheres grávidas com serologia positiva para sífilis e devidamente tratadas cujos parceiros são identificados e tratados / número de mulheres grávidas com serologia positiva para sífilis e devidamente tratadas).

^a http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_11-en.pdf

^b “Devidamente tratadas” significa que tenham recebido pelo menos uma dose de benzilpenicilina benzatina ou de um tratamento alternativo.

Meta:

Controlo para detecção da sífilis de todas (100%) as mulheres que nunca fizeram o teste de detecção da sífilis durante a gravidez e cujo parto foi assistido por pessoal competente.

Indicador:

Proporção de mulheres grávidas não controladas para detecção da sífilis durante a gravidez mas controladas na altura do parto (número de mulheres não controladas para detecção da sífilis durante a gravidez mas controladas na altura do parto / número total de nascimentos cujas mães não foram controladas para detecção da sífilis durante a gravidez, assistidos por pessoal competente).

Meta:

Todos (100%) os recém-nascidos de mulheres com teste seropositivo para sífilis tratados com pelo menos uma dose de penicilina G benzatina.

Indicador:

Proporção de bebés de mulheres serorreactivas tratados com pelo menos uma dose de penicilina G benzatina (número de recém-nascidos de mulheres serorreactivas tratados / número total de nados-vivos de mulheres serorreactivas).

Indicador resumido de procedimento

Um indicador resumido de procedimento pode ser a proporção do número estimado de mulheres grávidas seropositivas à sífilis (em todo o país) que são controladas e tratadas com pelo menos uma dose de penicilina às 24 semanas de gravidez.

Metas e indicadores de resultado e impacto

Devido a problemas de diagnóstico (infecções antigas, infecções tratadas, sífilis terciária, sífilis congénita em recém-nascidos, etc.) os indicadores de resultado e impacto são difíceis de definir. Actualmente, não existem indicadores de impacto de confiança e há necessidade de investigação prática para desenvolver e validar indicadores.

Metas e indicadores de procedimento

Meta:

Desenvolvimento de uma estratégia nacional para eliminação da sífilis congénita, incluindo planos para o seguinte (que servirão com *Indicadores*):

- pôr à disposição directrizes gerais e materiais de formação;
- pôr à disposição testes adequados (equipamento e fornecimentos) e tratamentos;
- implementação de um sistema de monitorização e avaliação.