

# Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004

Leidijany Costa Paz<sup>1</sup>  
 Gerson Fernando Pereira<sup>2</sup>  
 Luiza Harunari Matida<sup>3</sup>  
 Valéria Saraceni<sup>4</sup>  
 Alberto Novaes Ramos Jr.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira da Unidade de Epidemiologia do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde - Brasília - DF;

<sup>2</sup> Médico da Unidade de Epidemiologia do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde - Brasília - DF;

<sup>3</sup> Médica da Coordenação Estadual de São Paulo - Grupo de Transmissão Vertical do HIV e outras infecções congênitas, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - São Paulo-SP, Comitê Assessor de Epidemiologia do Programa Nacional de DST e Aids - Brasília-DF;

<sup>4</sup> Coordenação de Doenças Transmissíveis Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Comitê Assessor para as Recomendações de terapia Anti-Retroviral em Gestantes e profilaxia da Transmissão Vertical do HIV, Brasília-DF;

<sup>5</sup> Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, Ceará-CE, Comitê Assessor de Epidemiologia do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil, Brasília-DF.

## Vigilância Epidemiológica da Sífilis

### Resumo

A sífilis congênita representa um agravo prioritário na política do Ministério da Saúde do Brasil. A vigilância epidemiológica insere-se, portanto, como estratégia para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de controle. Esse artigo apresenta a nova definição de caso de sífilis congênita no Brasil, vigente desde Janeiro de 2004, para fins de vigilância epidemiológica, inserindo-a na política nacional de controle e prevenção desse evento.

Palavras-Chave: Definição de Caso, Sífilis Congênita, Vigilância Epidemiológica.

### Summary

*Congenital syphilis represents a priority event in Brazil Ministry of Health's policies. Epidemiological surveillance interferes, therefore, as a strategy for planning, monitoring and evaluation of control actions. This article presents the new case definition of congenital syphilis in Brazil for epidemiological purposes, effective since January 2004, inserting this*

*discussion in the national health policies for disease control and prevention.*

*Key-Works: Case Definition, Congenital Syphilis, Epidemiological Surveillance.*

## Introdução

A sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública tanto no Brasil quanto em outras partes do mundo<sup>(1, 2, 3)</sup>. Em 1995, pela resolução CE 116.R3 da Organização Pan-Americana de Saúde, o Brasil juntamente com outros seis países da América Latina e Caribe assumiu o compromisso para a elaboração do Plano de Ação visando à eliminação da sífilis congênita nas Américas até o ano 2000, tomando como referência a definição de caso do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de 1988<sup>(4)</sup>. A meta definida foi de um coeficiente de incidência de até 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos, com o tratamento de 95% das gestantes com sífilis e de redução do coeficiente de prevalência da infecção em gestantes para menos de 0,1%<sup>(5)</sup>.

Em 1997, visando adequar as metas à política nacional de controle, o Ministério da Saúde do Brasil passou a considerar que o registro de até 01 caso por 1.000 nascidos vivos representava a meta de eliminação da sífilis congênita<sup>(6)</sup>.

A despeito dessa meta política e epidemiológica assumida pelo Brasil, os indicadores epidemiológicos e operacionais vêm demonstrando um nível insuficiente de controle, refletido na estimativa de prevalência de sífilis em parturientes em torno de 1,7% em 2000, estabelecida por meio de estudo transversal<sup>(7)</sup>.

Não apenas no Brasil, mas em várias partes do mundo, a sífilis congênita permanece na lista de doenças prioritárias, com um nível de controle em situação pior do que a própria transmissão vertical da infecção pelo Vírus da imunodeficiência Humana (HIV)<sup>(8, 9, 10, 11)</sup>.

A transmissão vertical da sífilis demanda, portanto, estratégias efetivas de vigilância, incorporando, de forma integrada, dados relativos ao complexo processo infeccioso e aos comportamentos da população<sup>(12-13, 14, 15)</sup>. As ações de vigilância epidemiológica devem ser, portanto, necessariamente priorizadas<sup>(16)</sup>.

De uma forma geral, para o desenvolvimento da vigilância epidemiológica são fundamentais as estratégias definidas para a identificação de eventos que requeiram ações específicas de saúde pública associadas ao planejamento, ao monitoramento e à avaliação de programas<sup>(17)</sup>.

A definição de caso para fins de vigilância epidemiológica constitui-se em uma dessas estratégias, possibilitando a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência desse evento. O objetivo principal é tornar comparáveis os critérios que regulam a entrada de casos no sistema no nível nacional<sup>(9)</sup>.

Do ponto de vista da vigilância epidemiológica, a definição de caso pode se modificar ao longo do tempo devido à expansão dos conhecimentos clínicos específicos relacionados aos aspectos clínicos e de avaliação complementar, às alterações epidemiológicas e à intenção de ampliar ou reduzir os parâmetros de entrada de casos no sistema, aumentando ou diminuindo sua sensibilidade e especificidade, de acordo com as etapas e as metas estabelecidas por um programa de controle<sup>(17, 19)</sup>.

Como reflexo desse processo dinâmico, a definição de caso de sífilis congênita vem passando por diferentes modificações nas últimas duas décadas não apenas no Brasil, mas também em outros países. No caso do Brasil, a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória em 22 de Dezembro de 1986, por meio da Portaria Nº 542 do Ministério da Saúde (publicada no D.O.U. de 24/12/1986), juntamente com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)<sup>(20)</sup>. Desde então já houve três revisões da definição de caso de sífilis congênita.

A definição de casos de 2004 foi o resultado de reuniões dos Comitês Assesores de Epidemiologia e de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Programa Nacional de DST/AIDS realizadas em 2003, e que contaram com a importante participação de representantes da Área Técnica de Saúde da Mulher, da Área

Técnica de Saúde da Criança e do Departamento da Atenção Básica, todos do Ministério da Saúde. Além disso, estavam presentes a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

O presente artigo tem como objetivo apresentar a nova definição de caso de sífilis congênita, contextualizando-a com as políticas nacionais de controle.

## Pressupostos

Todo caso de sífilis congênita, segundo os critérios definidos pelo Ministério da Saúde, deve ser notificado à vigilância epidemiológica.

A notificação é feita por meio do preenchimento e envio da Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica de caso de sífilis congênita, e deve ser preenchida por profissionais de saúde no exercício de sua função. Os dados obtidos são inseridos na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), após revisão crítica, e posteriormente analisados e informados aos diferentes níveis do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

A investigação de sífilis congênita deve ser necessariamente desencadeada nas seguintes situações: 1) todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério; 2) todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

## Critérios para a nova definição de caso de Sífilis Congênita no Brasil

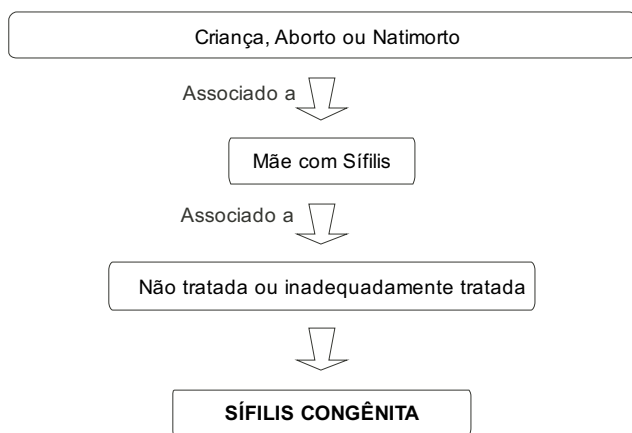
Na presente definição, quatro critérios compõem a definição de caso de sífilis congênita:

**1º Critério** - Toda criança, aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou te-

na recebido tratamento inadequado.

Considera-se como tratamento inadequado para a gestante todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento. Em relação ao(s) parceiro(s), inclui-se como tratamento inadequado para a gestante aquele(s) que não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente segundo as diretrizes de tratamento vigentes, ou quando não se tem essa informação disponível; ou ausência de documentação do tratamento ou da queda dos títulos após tratamento. Até o momento, a penicilina representa o medicamento de escolha para o tratamento, não havendo evidências científicas por meio de estudos controlados que sustentem outras opções terapêuticas<sup>(21, 22, 23)</sup>.

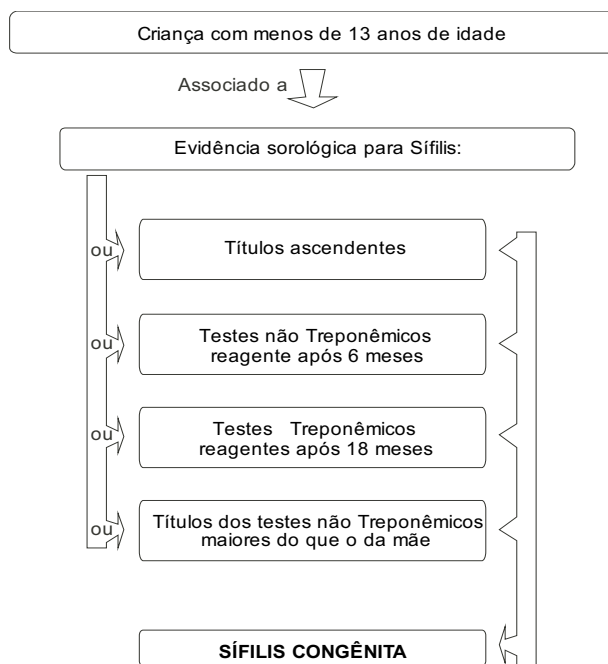
### Fluxograma 1 - Critério 1



**2º Critério** - Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe.

Em todos os casos acima descritos, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

### Fluxograma 2 - Critério 2



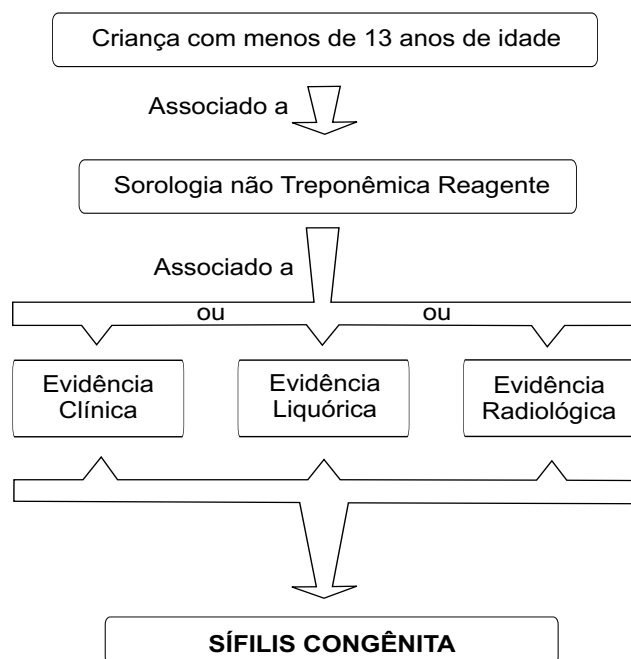
**3º Critério** - Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e: evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

A presença de leucocitose (acima de 25 leucócitos/mm<sup>3</sup>) e o elevado conteúdo protéico (acima de 150 mg/dl) no líquido cefalorraquidiano (LCR) de um recém-nascido suspeito de ser portador de sífilis congênita devem ser considerados como evidências adicionais para o diagnóstico. Uma criança com VDRL positivo no LCR deve ser diagnosticada como portadora de neurosífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou no conteúdo protéico no líquido. A ocorrência de alterações no LCR é muito mais freqüente nas crianças com outras evidências clínicas de sífilis congênita, do que nas crianças assintomáticas, apesar de infectadas. Se a criança for identificada após o período neonatal (após 28 dias de vida), as alterações líquóricas incluem: VDRL positivo, leucocitose de mais de 05 leucócitos/mm<sup>3</sup> e/ou nível de proteínas maior do que 40 mg/dl de. O teste RPR não é útil para avaliação do LCR; para este material deve-se utilizar apenas o VDRL.

O envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero), expressado por osteocondrite, osteíte e periostite, representa um achado comum na sífilis congênita sintomática, pois em 70% a 90%

destes casos as radiografias de ossos longos revelam alterações sugestivas da infecção. A sensibilidade das alterações radiológicas para diagnóstico de sífilis congênita em crianças assintomáticas é desconhecida. Em aproximadamente 04% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, a única alteração é o achado radiográfico, o que justifica a realização deste exame nos casos suspeitos de sífilis congênita.

### Fluxograma 3 - Critério 3



**4º Critério** - Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

No fluxograma 4, segue o resumo dos critérios para definição de casos de sífilis congênita.

### Discussão

A sífilis congênita representa uma doença que pode ser totalmente evitada caso a mãe seja diagnosticada e tratada adequadamente durante o pré-natal 7, 14. A medida mais efetiva para o controle da sífilis congênita consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal organizada e de qualidade.

Como ações incluem-se a captação da gestante e o início precoce do pré-natal, a realização de no mínimo seis consultas integrais de pré-natal, a realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação

(idealmente na primeira consulta e de um segundo teste aproximadamente na 28ª semana), a instituição do tratamento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando clínica e epidemiologicamente os casos identificados, e a notificação dos casos de sífilis congênita.

Além disso, as medidas de controle, envolvendo a realização do VDRL, devem abranger também outros momentos nos quais há possibilidade da mulher estar infectada ou, estando infectada, transmitir a doença para o seu filho (antes da gravidez e na admissão na maternidade seja para a realização do parto ou para a curetagem pós-aborto, seja por qualquer outra intercorrência durante a gravidez).

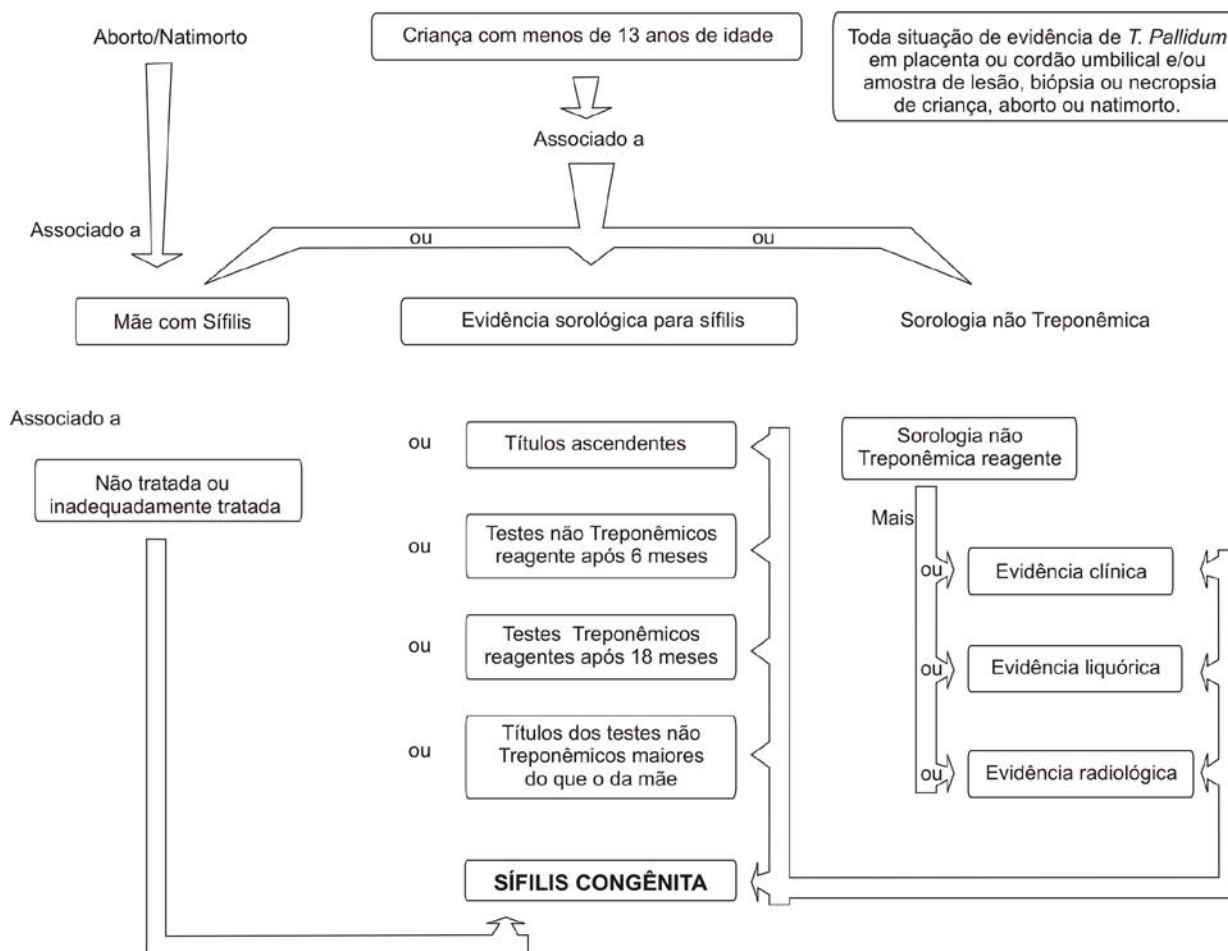
No Brasil, embora essas intervenções estejam disponíveis para toda a população de gestantes infectadas e seus filhos, as dificuldades da rede em prover diagnóstico laboratorial da infecção, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis e a qualidade do pré-natal, ainda aquém do desejável, resultam em uma situação ainda bastante precária em algumas regiões no Brasil ou em outras partes no mundo<sup>(24)</sup>.

Frente aos grandes desafios que a sífilis congênita ainda impõe como problema de saúde pública, a nova definição de caso de sífilis congênita representa o amadurecimento das ações de vigilância frente à realidade e a um contexto tipicamente brasileiros e o estímulo à necessária aproximação entre vigilância e assistência dentro da área das doenças infecciosas.

Deve ser encarada ainda como uma estratégia tanto para o reconhecimento de sua importância bem como para o avanço das ações de intervenção e de controle mais específicas da sífilis congênita no Brasil.

Entretanto, após dezoito (18) anos de experiência em vigilância nacional da sífilis congênita, ainda existem no Brasil muitas questões a serem aperfeiçoadas e lacunas a serem preenchidas. Conhecê-las torna-se tarefa fundamental para todo o profissional que atua nas ações de controle da infecção pelo *T. pallidum*. Nesse sentido, as ações de vigilância epidemiológica são fundamentais para se estruturarem ações claras de planejamento e controle desse evento, somadas a estratégias de monitoramento e de avaliação.

Fluxograma 4 - Quadro do resumo dos critérios de definições dos casos



Deve-se salientar a necessidade de se estabelecerem revisões baseadas em processos conscientes, críticos e claros de avaliação e validação dos critérios de definição, considerando-se o potencial impacto na vigilância epidemiológica frente à mudança. Considerando-se a necessidade de adequação da política nacional de controle da sífilis congênita, a presente revisão procurou ampliar a sensibilidade dos critérios de definição de caso para fins de vigilância epidemiológica no Brasil sem, contudo, levar à perda de especificidade.

### Referências Bibliográficas

1. Walker DG, Walker GJ. Prevention of Congenital Syphilis - Time for Action. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:401.
2. Hook, E.W.; Peeling, R.W. Syphilis Control - A Continuing Challenge. Lancet; 2004, 351: 122-124.
3. Gutman, LT. Syphilis. In: Feigin R; Cherry JD. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W B Saunders; p. 1543-1556, 1998.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention and Control of Congenital Syphilis. MMWR 1988; 37 (S-1): 1-13.
5. Pan-American Health Organization. Elimination of Congenital Syphilis (PAHO). Bulletin of Pan-American Health Organization; 1995, 29: 364-368.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita [acessado em 22 Nov. de 2004, para informação de Dez. de 1997] [online]. Disponível em <http://aids.gov.br/uvad/eliminacao.htm>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Transmissão Vertical do HIV e Sífilis. [Acessado em 20 de Nov. de 2004, para informação de Out. de 2000] [online]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/novidades/reuniao\\_coordenadores/Reuniao%20de%20Coordenadores\\_Transmissao%vertica\\_versão%2014set2004.ppt](http://www.aids.gov.br/final/novidades/reuniao_coordenadores/Reuniao%20de%20Coordenadores_Transmissao%vertica_versão%2014set2004.ppt).
8. Peeling, RW; Mabey, D; Fitzgerald; Watson-Jones, D. Avoiding HIV and Dying of Syphilis. *Lancet* 2004; 364:1561-1563.
9. Mabey, D; Peeling, RW; Ustianowski, A; Perkins, MD. Diagnosis for the Developing World. *Nature Reviews Microbiology* 2004; 2:231-240.
10. Saraceni, V; Leal, MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19:1341-1349.
11. Matida, LH; Gianna, MC; Gonçalves, A.; Tayra, Â.; Succi, RCM Transmissão vertical do HIV e da sífilis: avanços no controle do HIV e descompasso no controle da sífilis congênita. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia - meio eletrônico - VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 2004; Recife, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
12. De Lorenzi, DRS, Madi, JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 23:647-652, 2001.
13. Lima, BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 38: 267-271, 2002.
14. Gardella, C. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy: Treatment Options. *Current Treatment Options in Infectious Diseases* 5:53-61, 2003.
15. Pan American Health Organization (PAHO). Plan of action for the elimination of congenital syphilis in the Americas: Area of Family and Community Health HIV/AIDS unit. July, 2004. Mimeo.
16. Tayra, A. P Sistema de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
17. Buehler, J.H. Surveillance. In: Rothman KJ; Greenland, S. *Modern Epidemiology*. 2nd ed. Lippincot-Raven: Philadelphia, p. 435-457, 1998.
18. Waldman, E.A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo; Instituto para o Desenvolvimento de Saúde; Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar. Série "Saúde e Cidadania", volume 7, 1998.
19. Laguardia, J.; Penna M.L. Definição de Caso e Vigilância Epidemiológica. *Informe Epidemiológico do SUS*; 1999, 8: 63-66.
20. Brasil. Portaria nº 542 de 22 de Dezembro de 1986. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827*.
21. Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *The Cochrane Library, Issue 4, 2004*.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases - Treatment Guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002; 51 (RR6): 1-80.
23. Berman, S. M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 8:433-438.
24. Carey, JC. Congenital Syphilis in the 21st Century. *Current Women's Health Reports* 3:299-302, 2003.