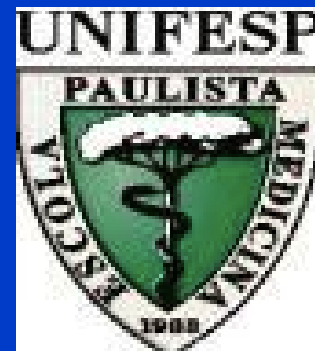




Controle da Transmissão Vertical da Sífilis Congênita e HIV/Aids



**Comissão Municipal de Controle
da TV do HIV/Aids e Sífilis**



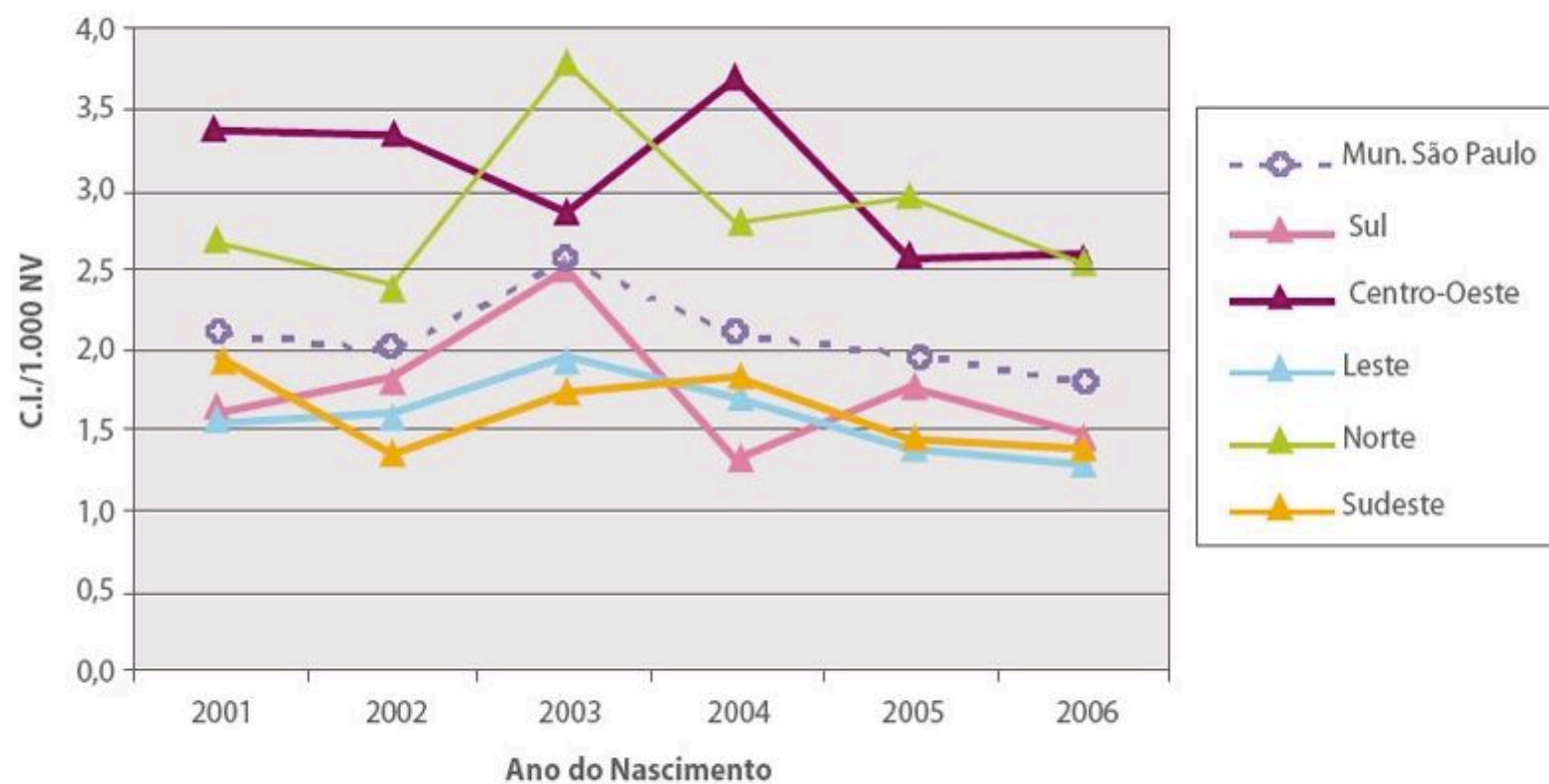
**PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA DA SAÚDE

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS

75 anos	1905	- Identificação do <i>Treponema pallidum</i>
	1909	- Introdução do teste de Wassermann
	1914-18	- I Guerra mundial
	1928	- Penicilina
	1939-45	- II Guerra mundial
	1976	- Reconhecimento da Clamidia
	1980	- Doença Inflamatória Pélvica
15 anos	1981	- AIDS
	1983	- Identificação do HIV
	1985	- Teste de anticorpos anti HIV
	1987	- AZT
	1989	- Hepatite C
	1990	- HPV reconhecido como causa de 90% de cancer cervical
	1991	- OMS publica recomendação da abordagem sindrômica das DST
10 anos	1992	- DST e risco para o HIV (Wasserhelt, JN)
	1993	- 1ª. ed. Manual de DST com Abordagem Sindrômica no Brasil
	1994	- AZT efetivo na Prevenção da TV
	1996	- Combinação TARV
	2002-04	- Surtos de LGV Linfogranuloma venéreo
	2005	- Vacina contra HPV
	2007	- 35-40 milhões de PVHA

Gráfico 1. Coeficiente de incidência de sífilis congênita nas Coordenadorias Regionais de Saúde de residência. Município de São Paulo, 2001-2006



Fonte: SINAN - Centro de Controle de Doenças (CCD)/COVISA/SMS-SP (dados até 22/02/2008).

Fonte: SINAN- Centro de Controle de Doenças (CCD)/ COVISA/ SMS-SP (dados atualizados em 12/02/2007- ***Sujeitos a revisão).

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

3,54% em 2002

2,36% em 2003

1,9% em 2004

1,0 % em 2005

✓ Processo contínuo de
redução - 2006 e 2007

Metas para 2009

Sífilis Congênita: menos de 1 caso a cada 1000 nascidos vivos (OMS)

HIV: taxa de transmissão vertical: menor que 1%

Preferencialmente zerar!!!

Normatização para o Controle da Transmissão Vertical da Sífilis e HIV

- **Portaria 1657/07**
18 de outubro de 2007

Diário Oficial da Cidade de São Paulo

Controle da Transmissão Vertical depende de:

- Sistema de Saúde Integrado.
- Conscientização de Todos os Profissionais de Saúde.
- Diagnóstico Precoce.

Atenção Básica

- Prevenção.
- Captação precoce das gestantes.
- Acolhimento.
- Atendimento imediato para Pré-Natal.
- Aconselhamento – contrato de sigilo e forma de contato com a Gestante .
- Sorologias sífilis e HIV – início do Pré Natal e 3º trimestre.
- Identificar as solicitações como Pré-Natal.

Sorologia para Sífilis

Reagente:

- ✓ Tratamento imediato.
- ✓ Acompanhamento.
- ✓ Convocar parceiro (s) e tratar.
- ✓ Notificar.

Não Reagente:

- ✓ Aconselhamento.
- ✓ Repetir sorologia no 3º trimestre.

Sorologia para HIV

HIV reagente ou indeterminado

- ✓ Aconselhamento e encaminhamento para Unidade de DST/Aids – agendar por telefone ou agendamento eletrônico

HIV não reagente

- ✓ Aconselhamento e repetir no 3º trimestre.

Laboratório

Priorizar exames de Pré- Natal!!!

- ✓ Resultado via e-mail para SUVIS de toda sorologia reagente – HIV ou Sífilis.

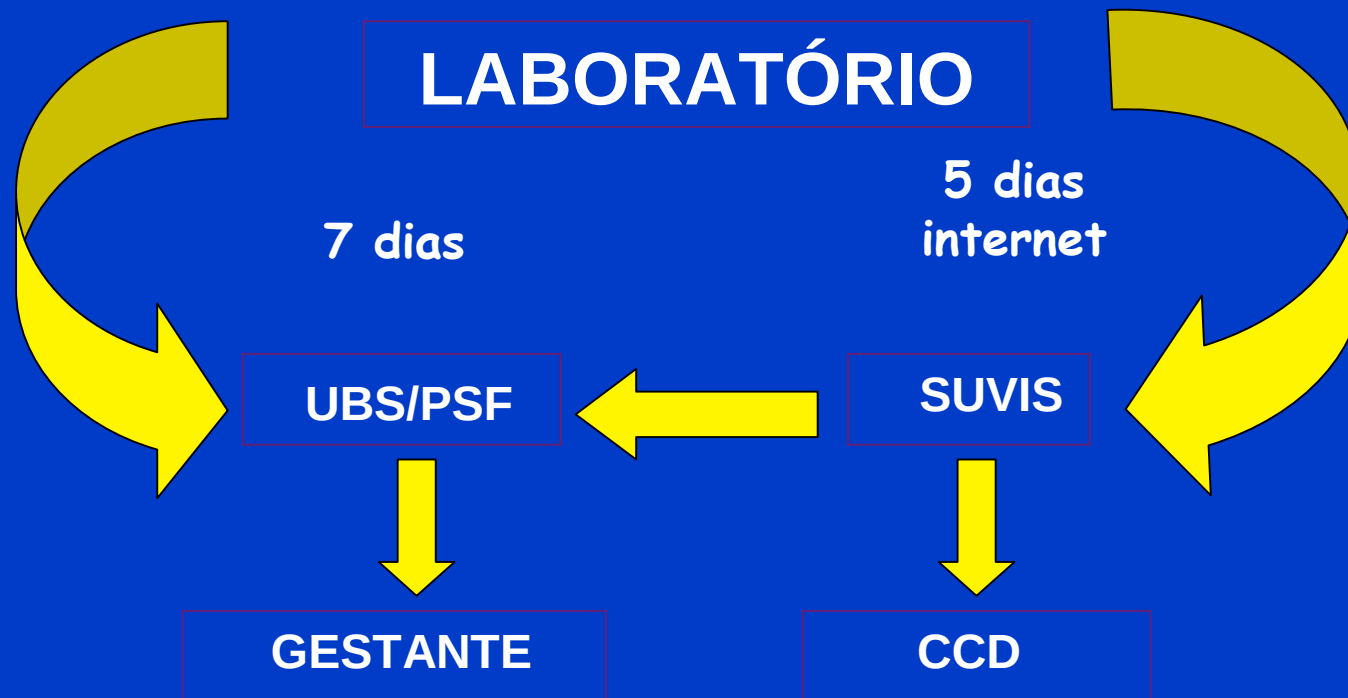
SUVIS

- ✓ Notificar a Unidade Básica para convocação imediata da gestante com exame reagente ou indeterminado.
- ✓ Monitorar as notificações.

Fluxo de resultados dos exames identificados como PRÉ NATAL

Priorização

Resultados Reagentes – HIV e Sífilis



Unidade Especializada DST/AIDS

- ✓ Receber gestante encaminhada pela UBS agendada, por telefone, para a mesma semana consulta com Ginecologista e Infecto.
- ✓ Dar a contra referência.
- ✓ Aconselhamento: gestante e parceiro.
- ✓ Notificar.
- ✓ Pré-Natal.
- ✓ Profilaxia da Transmissão Vertical.
- ✓ Orientação Não Aleitamento Materno.
- ✓ Fornecimento da Fórmula Láctea e Medicamentos.
- ✓ Planejamento Reprodutivo.

Unidade Especializada DST/AIDS

Sorologia e acompanhamento do parceiro

- ✓ Sorologia e acompanhamento dos filhos.
- ✓ Notificação.
- ✓ SIS pré-natal.
- ✓ Rede Mãe Paulistana.

Unidade Especializada DST/AIDS

Encaminhamento para a Maternidade:

- ✓ Pré-agendamento.
- ✓ Indicação do parto: normal ou cesárea.
- ✓ Relatório da equipe técnica e carteirinha do Pré-Natal.
- ✓ Kit : AZT injetável, AZT xarope, Cabergolina (inibidor de lactação) e fórmula láctea.

Após o Parto:

- ✓ Visita domiciliar imediata.
- ✓ Consulta com G.O, Infectologista e Pediatra.

Maternidade

Paciente com sorologia HIV negativa ou sem sorologia:

- ✓ Teste rápido mediante consentimento verbal.

Resultado Reagente:

- ✓ Iniciar profilaxia.
- ✓ Notificar.
- ✓ Coleta para diagnóstico confirmatório.
- ✓ Seguir fluxo de paciente encaminhada pela UE.

Realizar Profilaxia

- ✓ No trabalho de parto.
- ✓ Manutenção no parto.
- ✓ No Recém Nascido
inibição de Lactação.

Maternidade

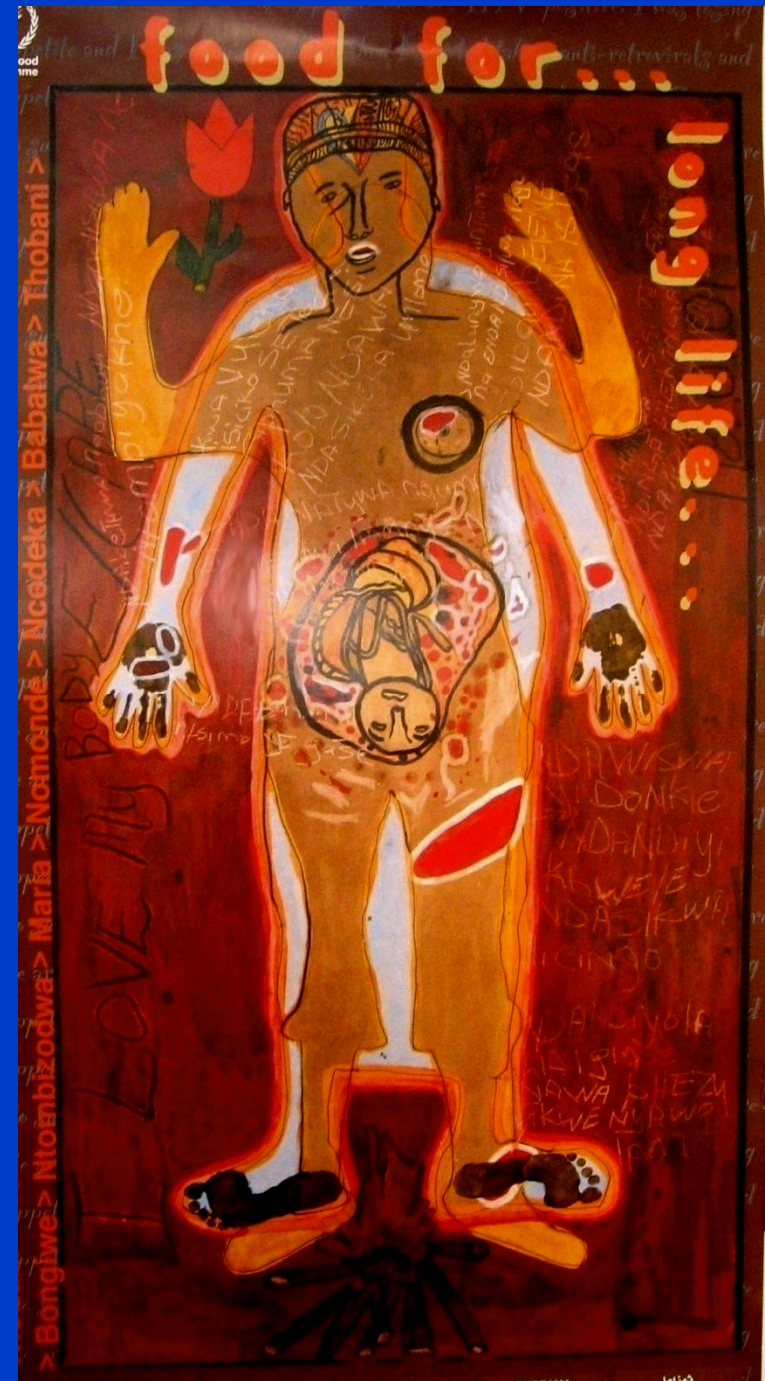
Na admissão para parto ou curetagem por abortamento:

- ✓ Realizar sorologia para sífilis em toda gestante.
- ✓ Realizar VDRL no sangue periférico de todo RN :
 - cuja mãe com VDRL reagente na gestação ou parto.
 - na suspeita clínica de sífilis congênita.
- ✓ Tratamento imediato de caso de sorologia reagente na mãe, no(s) parceiro(s) sexual(ais) e no R.N.
- ✓ Notificar.

Thozama

"No meu Mapa do Corpo Humano tenho um aspecto saudável. Tenho um corpo forte, porque estou a alimentar-me bem. E aceito o meu HIV. Sou capaz de falar com as outras pessoas sobre este assunto. Tenho esperança no futuro, em vir a ter casa própria. Quero ter outro bebê e educar os meus filhos, ter uma longa vida, na companhia dos meus filhos."

Thozama tinha 20 anos e estava grávida de sete meses quando descobriu que era soropositiva. Pertence agora ao Grupo de Mulheres Bambani no arrabalde da Cidade do Cabo, na África do Sul, e desenhou este Mapa do Corpo Humano para ajudar a encarar o futuro com esperança.



Nomawethu

Nomawethu, de 26 anos de idade, descobriu que era soropositiva em 2001, quando estava grávida de quatro meses.

Desenhou este "Mapa o Corpo Humano" para ajudar a superar o sofrimento e a ansiedade provocados por este diagnóstico e a encarar o futuro com otimismo e com esperança.

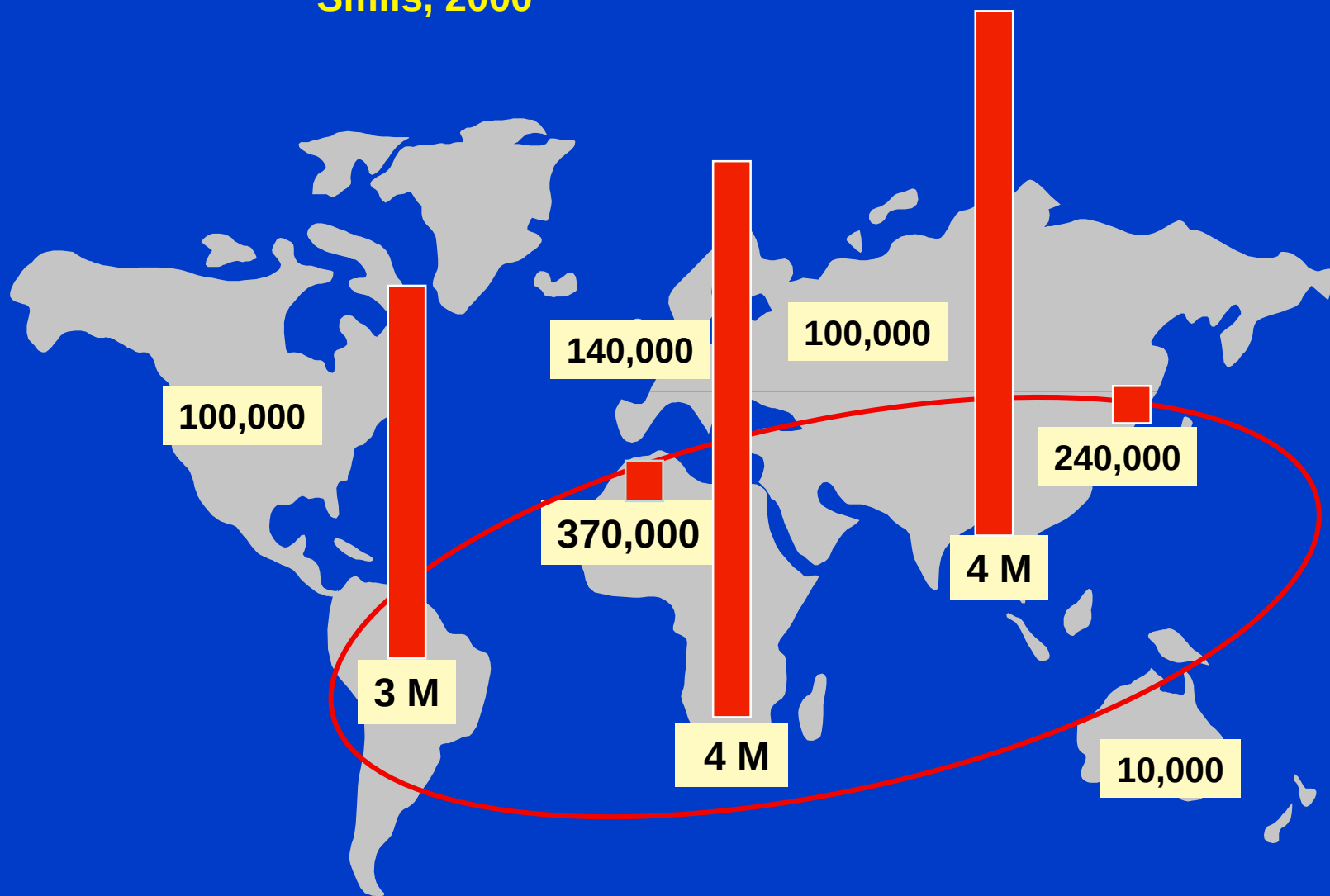




**“Costuma dizer-se que a civilização e a
sifilização andam juntas. O Brasil,
entretanto, parece ter-se sifilizado
antes de se haver civilizado”**

Gilberto Freyre

OMS – Estimativa de 12 milhões de casos novos de Sífilis, 2000



Estudos no controle da sífilis congênita (WHO, UNAIDS, FRONTIERS)

Objetivos:

- Registrar o desenvolvimento dos programas de sífilis congênita nos países com foco nos serviços de pré-natal.
- Conhecer os sucessos e falhas dos programas de triagem da sífilis materna.
- Identificar os fatores que facilitam ou inibem esses programas.

Fonte: Bulletin of World Health Organization. June 2004, 82(6).

Estudos no controle da sífilis congênita (WHO, UNAIDS, FRONTIERS)

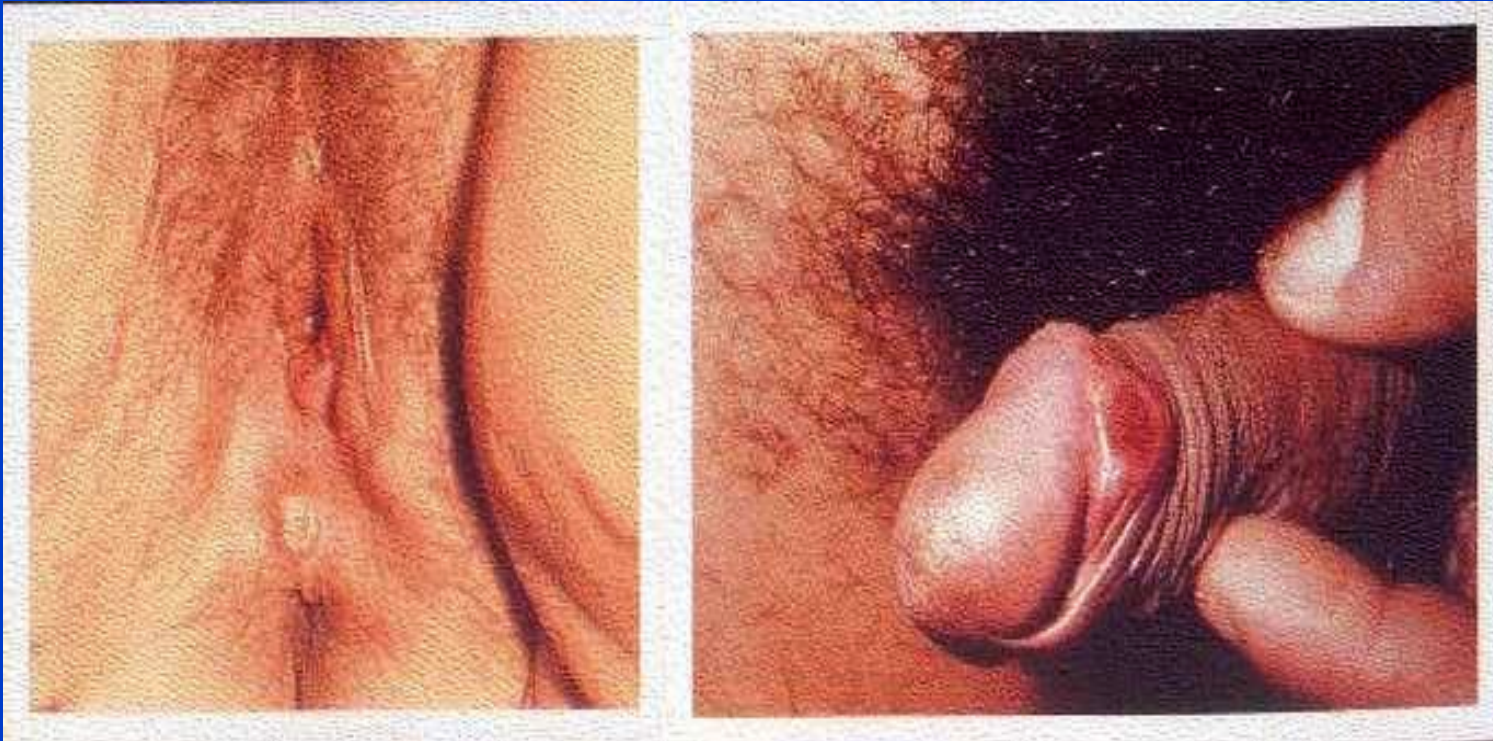
Dificuldades operacionais na efetivação dos programas de prevenção da sífilis congênita:

- Atraso no início do pré-natal (6 meses de gestação)
- Atraso no resultado do exame sorológico (até 4 semanas)
- Ausência de um sistema de captação das mães soropositivas que não retornam para seus resultados
- Ausência de normas no Kenya e Bolívia
- Falta de motivação dos médicos no Kenya, referindo excesso de clientes
- Desconhecimento das gestantes sobre a doença e do teste a ser realizado com o sangue coletado (África do Sul e Kenya).

Fonte: Bulletin of World Health Organization. June 2004, 82(6).

Manifestações Clínicas da Sífilis Adquirida

- SÍFILIS PRIMÁRIA:
 - Cancro duro: reação inflamatória no local da inoculação.



Manifestações Clínicas da Sífilis Adquirida

- SÍFILIS PRIMÁRIA:
 - Cancro duro: reação inflamatória no local da inoculação.
- SÍFILIS SECUNDÁRIA:
 - Febre baixa; cefaléia; mal estar; linfadenopatia generalizada; exantema; placas mucosas; condiloma plano
- PERÍODO DE LATÊNCIA:
 - Sem sinais ou sintomas, mas há sororeação
 - Duas fases: . recente
 . tardia

Manifestações Clínicas da Sífilis Adquirida

- SÍFILIS PRIMÁRIA:
 - Cancro duro: reação inflamatória no local da inoculação.
- SÍFILIS SECUNDÁRIA:
 - Febre baixa; cefaléia; mal estar; linfadenopatia generalizada; exantema; placas mucosas; condiloma plano
- PERÍODO DE LATÊNCIA:
 - Sem sinais ou sintomas, mas há sororeação
 - Duas fases:
 - . recente
 - . tardia
- SÍFILIS TERCIÁRIA:
 - Destruição tecidual: reação imunológica = “goma”
 - Neurosífilis:
 - . assintomática
 - . meningovascular
 - . *tabes dorsalis*
 - . paresia geral
 - Cardiovascular: insuficiência valvular aortica; aneurisma da aorta.
 - Outras

Manifestações Clínicas da Sífilis Adquirida

- **SÍFILIS SECUNDÁRIA:**

- Febre baixa; cefaléia; mal estar; linfadenopatia generalizada; exantema; placas mucosas; condiloma plano.

pênfigo palmo - palmar



pênfigo palmar



Sífilis Secundária



Sífilis Secundária

Alopécia

© Arhiv Katedre za Dermatovenerologijo in Dermatovenerološke Klinike, Ljubljana, Slovenija

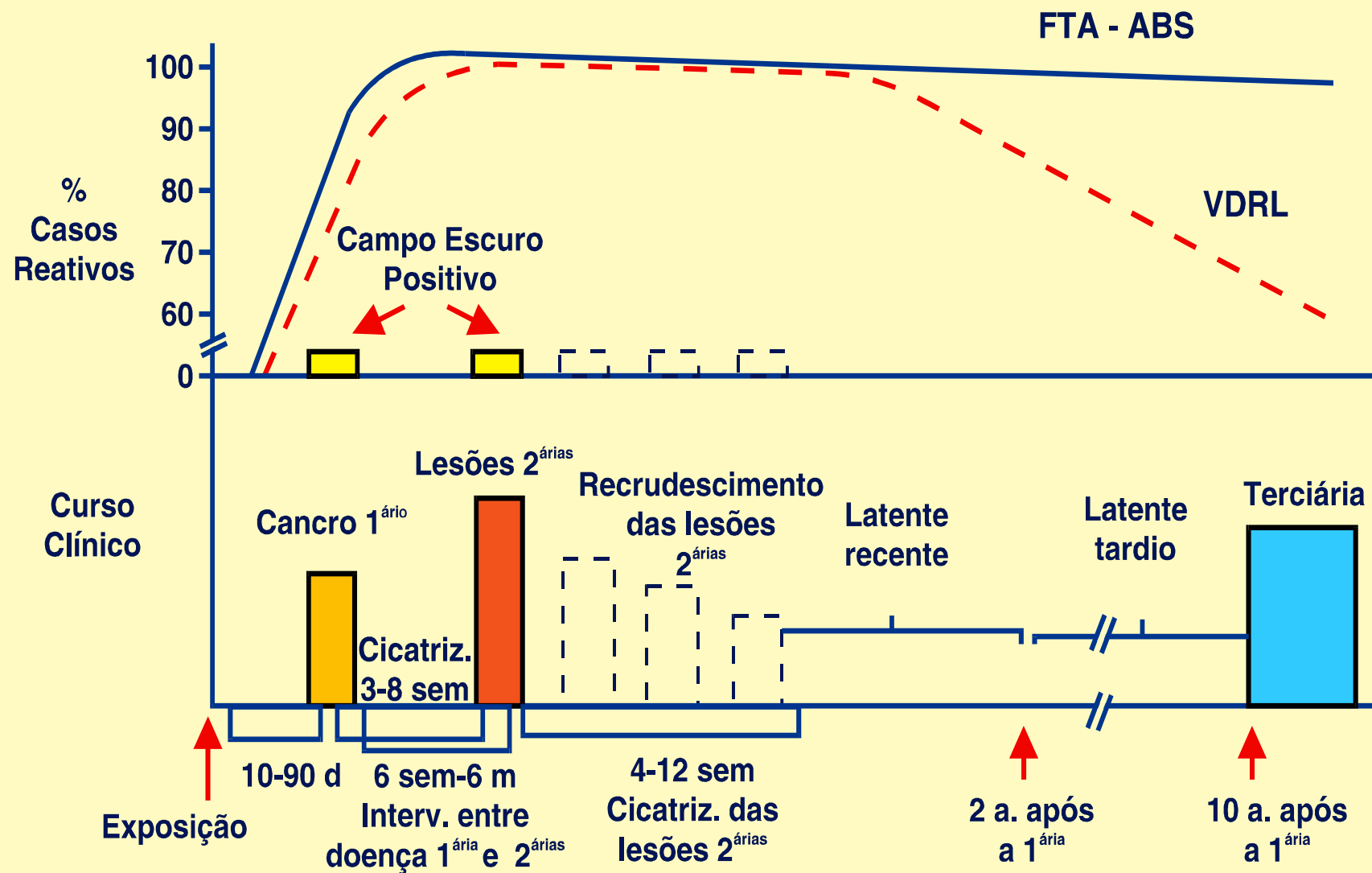


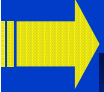
Sífilis Terciária

Tubérculos Gomas



Curso da Sífilis Não Tratada





DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

1. Pesquisa direta do agente etiológico.

- * Microscopia ótica em campo escuro.
- * Imunofluorescência direta

2. Testes sorológicos: Detectam anti-corpos da classe IgG e IgM

a. Testes não-treponêmicos

VDRL e RPR

b. Testes treponêmicos

FTA-Abs (teste de imunofluorescência indireta)

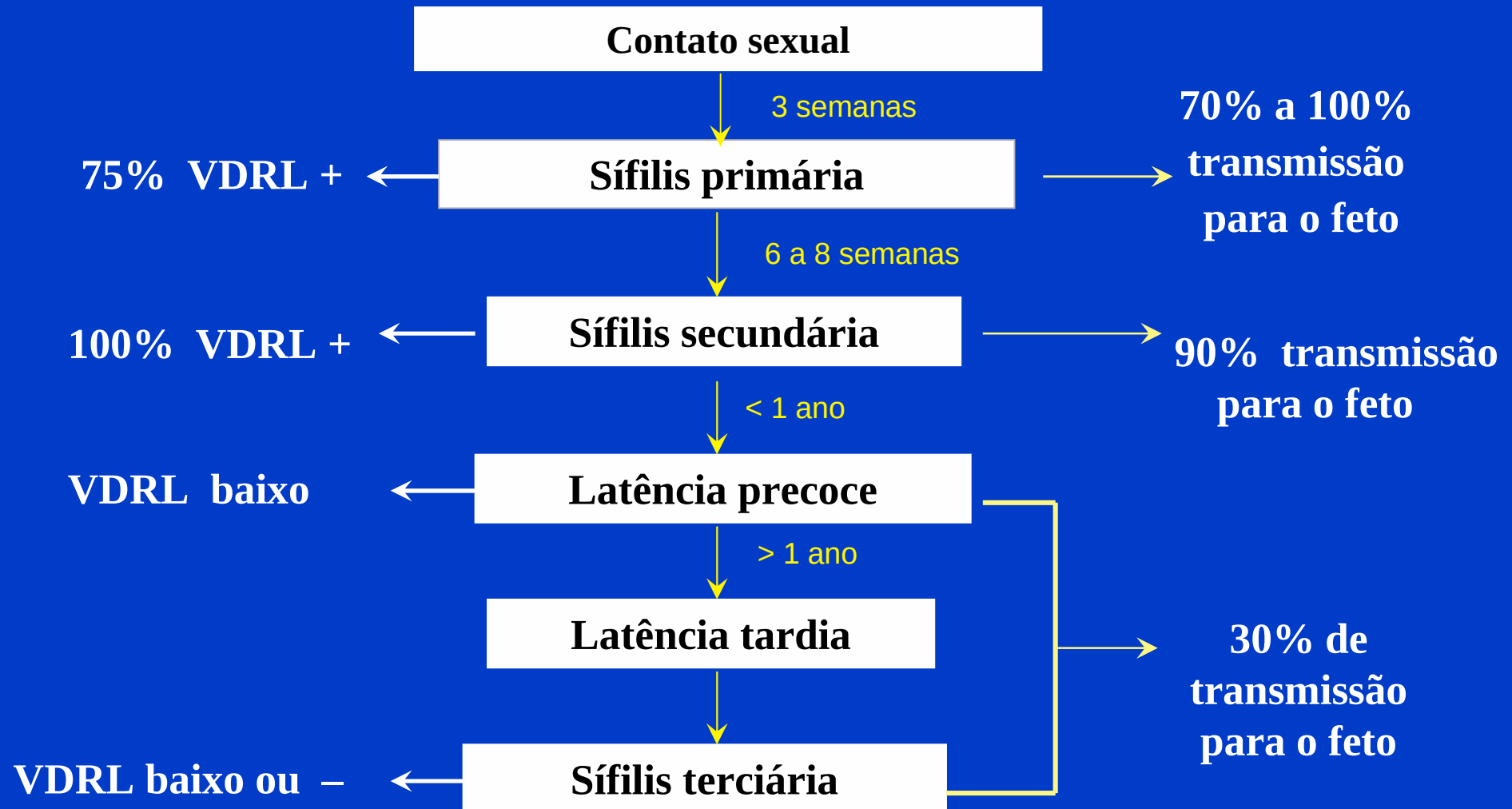
TPHA (testes de hemaglutinação para *T. pallidum*)

ELISA (ensaio imunoenzimático)

Interpretação da sorologia

VDRL	TPHA	INTERPRETAÇÃO
+	+	Sífilis recente ou prévia
+	-	Falso positivo
-	+	Sífilis primária ou latente previamente tratada ou não tratada
-	-	Ausência de infecção ou período de incubação

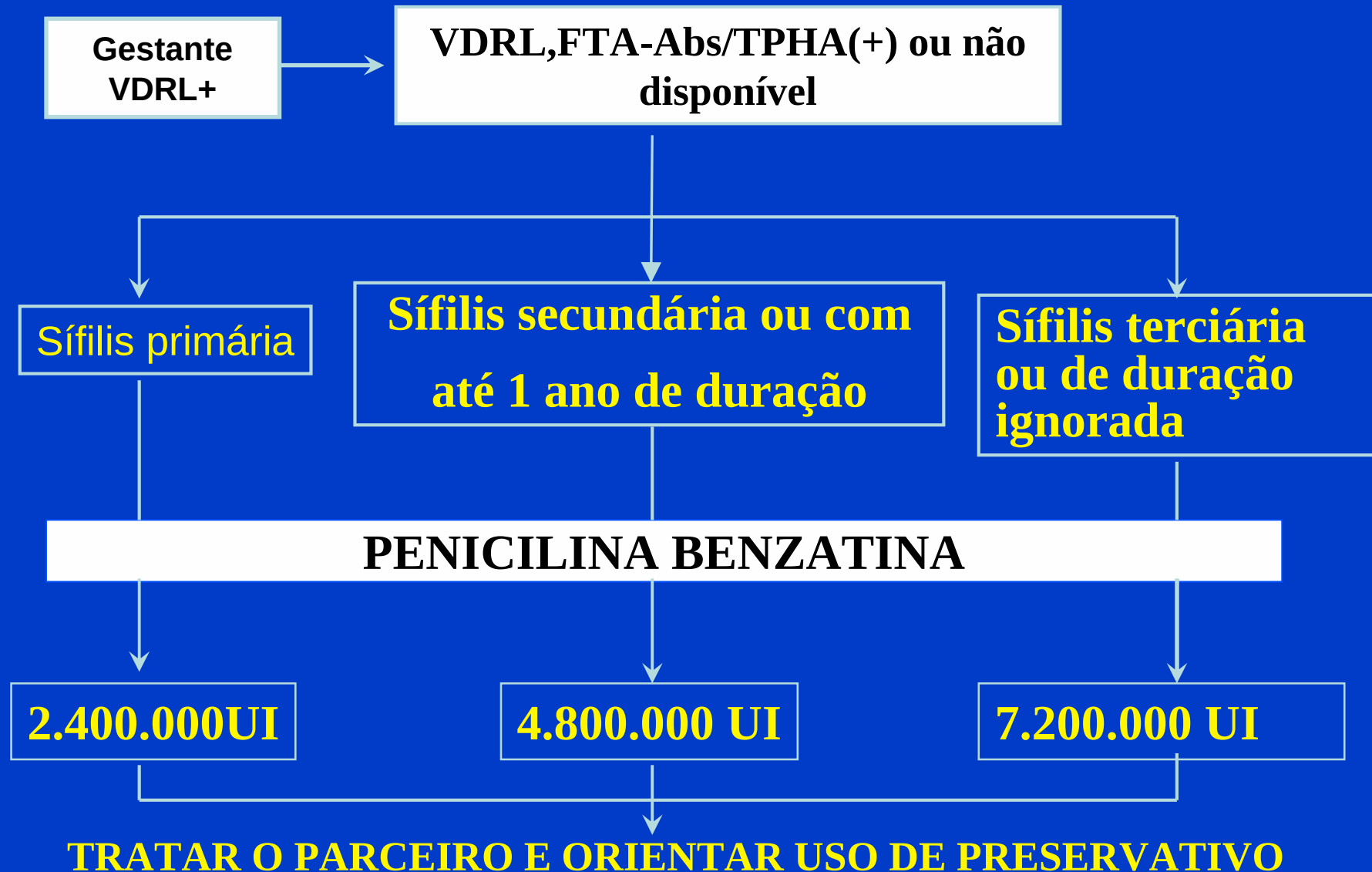
TRANSMISSÃO VERTICAL - SÍFILIS CONGÊNITA



Sífilis na gravidez e sífilis congênita



SÍFILIS - Tratamento



SÍFILIS - Tratamento adequado

- É todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Seguimento Pós Tratamento

- **Realizar VDRL mensal;**
- **É esperada queda de 1 título por mês;**
- **Elevação de 2 títulos: indica novo tratamento;**
- **Tratamento do parceiro é fundamental;**
- **Co-infecção pelo HIV: mesmos esquemas de tratamento – seguimento mais acurado devido a maior risco de falha terapêutica e envolvimento mais precoce do sistema nervoso central.**

“A Penicilina G é um dos antibióticos mais seguros em uso clínico, sendo mínima sua toxicidade; podendo ser utilizado em gestantes, lactentes e em mulheres amamentando.”

Walter Tavares

Contra-indicações ao uso da Penicilina

- Reação anafilática prévia, COMPROVADA, após uso de penicilina
- Síndrome de Stevens-Johnson
- Dermatite exfoliativa
- Necrólise epidérmica tóxica relacionada especificamente com o uso de penicilinas

Reações de Hipersensibilidade

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

Reação de Jarisch- Herxheimer

- Reação febril
- Adinamia e dores articulares
- 8 a 12 horas após tratamento
- Mais comum na sífilis recente
- Não se trata de alergia
- Duração de poucas horas
- Tratar com sintomáticos

Reação de Jarish-Herxheimer



SÍFILIS CONGÊNITA

PATOGENIA

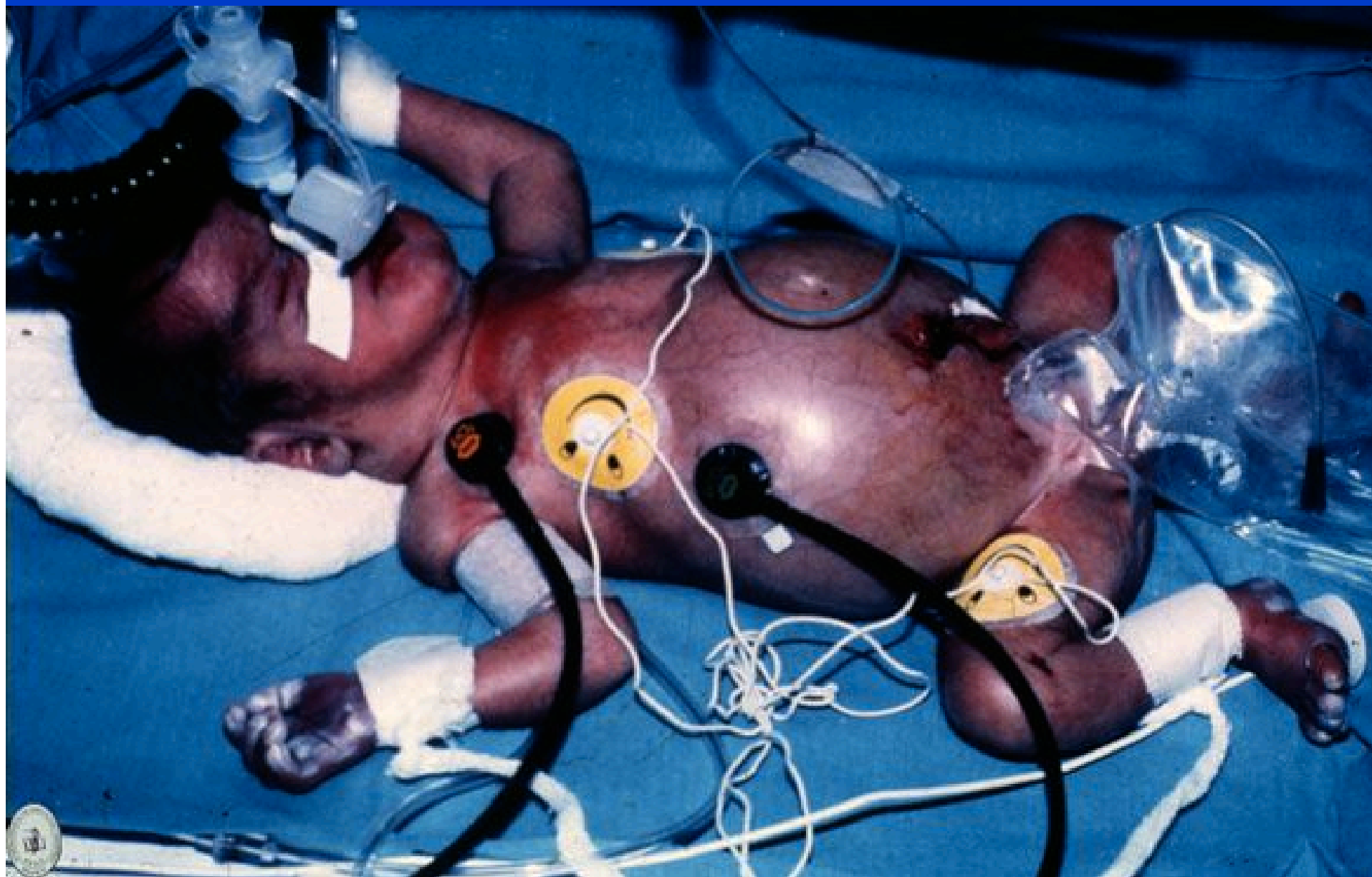
- Transmissão em qualquer época da gestação.
- Infecção fetal com cerca de 14 semanas de gestação e o risco aumenta com a idade gestacional.
- 70% de chance de transmissão fetal.
- Cerca de 40% das gestantes com sífilis não tratada leva a morte perinatal.

SÍFILIS CONGÊNITA



Assintomáticos 70%

SÍFILIS CONGÊNITA



SÍFILIS CONGÊNITA

Quadro Clínico

- Aborto e Natimorto
- Assintomáticos
- Sífilis precoce (até 2 anos) - Secreção nasal, Rash maculopapular, hepatoesplenomegalia e icterícia.
- Sífilis tardia (após 2 anos) - tríade de Hutchinson (ceratite intersticial, incisivos superiores deformados, molares em “amora” e surdez), nariz “em sela”, tibia em “ lâmina de sabre”

SC alterações clínicas- rinite



SÍFILIS CONGÊNITA

Manifestações clínicas (tardias)





Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

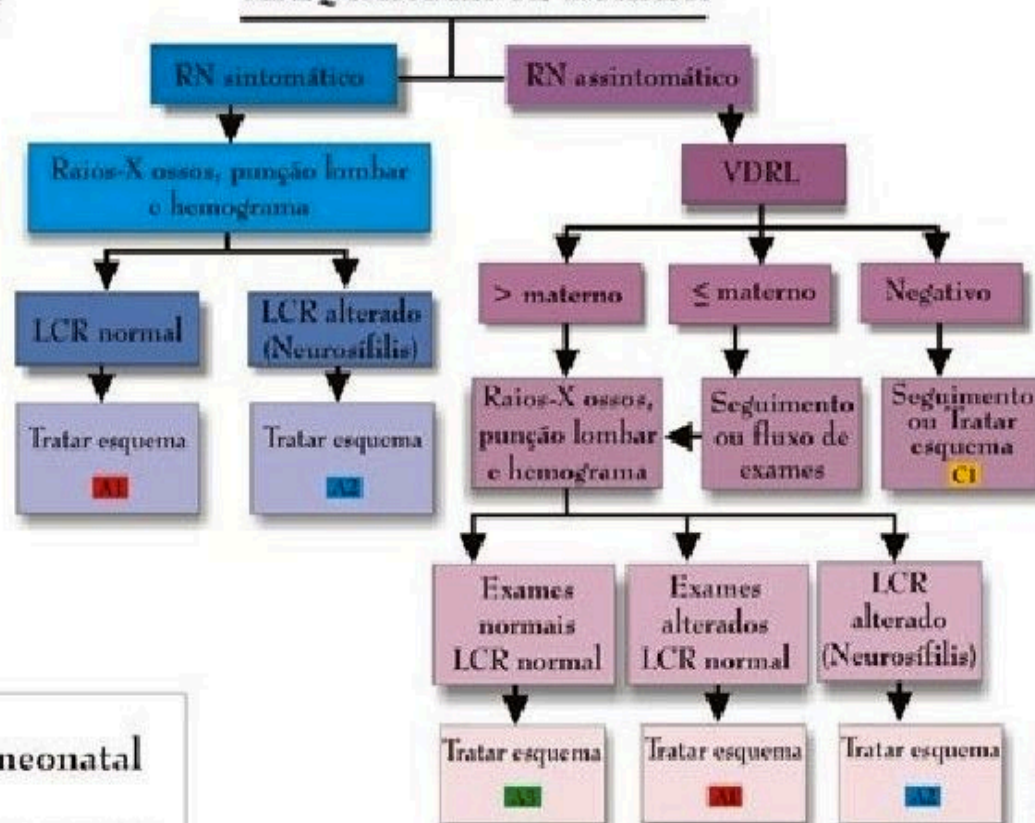
Algoritmo para Abordagem do RN, frente à gestante com sífilis

Mãe com Sífilis :

NÃO TRATADA OU INADEQUADAMENTE TRATADA



ADEQUADAMENTE TRATADA



Quadro Esquema de Tratamento no período neonatal

A1

Penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, EV, de 12 em 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8 em 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Ou penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dose, IM, 1 vez por dia, durante 10 dias.

A2

Penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, EV, de 12 em 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8 em 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias.

A3

Penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado segundo esquema A1.

C1

Seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de seguimento, tratar com penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg.



Fonte: Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita - MS/2006

Vai ser **menino** ou **menina**?
tanto faz.....
O importante é ...que não tenha sífilis
congenita



SÍFILIS



NINGUÉM MERECE

Valdir Monteiro Pinto

Programa Nacional de DST e AIDS- UDST – SVS – MS

CONTATOS:

saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br

dstaids@prefeitura.sp.gov.br

INFORMAÇÕES

www.dstaids.prefeitura.sp.gov.br

[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/saude da mulher](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/saude%20da%20mulher)